



ANXIETY

and Its Disorders

THE NATURE
AND TREATMENT
OF ANXIETY
AND PANIC

Second Edition

DAVID H. BARLOW

LA ANSIEDAD Y SUS TRASTORNOS

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

La ansiedad y sus

La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico

Segunda
edición

David H Barlow



TÉLGRAMOUILFORDPAGRESO
Nueva York Londres

© 2002 The Guilford Press
Una división de Guilford Publications, Inc.
72 Spring Street, Nueva York, NY 10012
www.guilford.com

Reservados todos los derechos

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, traducida, almacenada en un sistema de recuperación o transmitida, de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopiado, microfilmado, grabado o de otro modo, sin el permiso por escrito del Editor.

Impreso en los Estados Unidos de América

Este libro está impreso en papel sin ácido.

El último dígito es el número de impresión: 987654321

Datos de catalogación en publicación de la Biblioteca del Congreso

BarlowDavid H.

La ansiedad y sus trastornos: la naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico / David H.

Barlow.—2ª ed.
pag. ;

Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN 1-57230-430-8

1. Ansiedad. I. Título.

[DNLM: 1. Trastornos de ansiedad. WM 172 B258a 2002]

RC531 .B28 2002

616.82'223—dc21

2001040754

*Para Deneige (a los 30) y Andrew
y Jeremy (a los 28) y Alison.
Que sigas conservando tu ilusión de control.*

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Sobre el Autor

David H Barlow recibió su doctorado de la Universidad de Vermont en 1969 y ha publicado más de 400 artículos y capítulos y más de 20 libros, principalmente en el área de trastornos de ansiedad, problemas sexuales y metodología de investigación clínica.

El Dr. Barlow fue profesor de psiquiatría en el Centro Medi-cal de la Universidad de Mississippi y profesor de psiquiatría y psicología en la Universidad de Brown, y fundó pasantías de psicología clínica en ambos entornos. También fue Profesor Distinguido en el Departamento de Psicología de la Universidad de Albany, Universidad Estatal de Nueva York en Albany. Actualmente, es profesor de psicología, profesor investigador de psiquiatría, director de programas de formación clínica y director del Centro de Ansiedad y Trastornos

El Dr. Barlow recibió el Premio Científico Distinguido de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) de 2000 por las Aplicaciones de la Psicología. También recibió el Primer Premio Anual de Diseminación Científica de la Sociedad para la Ciencia de la Psicología Clínica de la APA, y recibió el Premio a la Contribución Científica Distinguida 2000 de la Sociedad de Psicología Clínica de la APA. Recibió un premio en reconocimiento a los logros sobresalientes del Hospital General del Ejército Popular de Liberación de China, Beijing, China, con un nombramiento como Profesor Visitante Honorario de Psicología Clínica. Otros premios incluyen Premios a la Contribución a la Carrera de las Asociaciones Psicológicas de Massachusetts y California y un premio MERIT del Instituto Nacional de Salud Mental por contribuciones a largo plazo al esfuerzo de investigación clínica. Es expresidente de la Society for Clinical Psychology y de la Association for Advancement of Behavior Therapy, y actualmente es editor de la revista Clinical Psychology: Science and Practice. También fue miembro del grupo de trabajo DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría y fue copresidente del grupo de trabajo para revisar las categorías de trastornos de ansiedad. También es Diplomado en Psicología Clínica de la Junta Estadounidense de Psicología Profesional y mantiene una práctica privada. Es expresidente de la Society for Clinical Psychology y de la Association for Advancement of Behavior Therapy, y actualmente es editor de la revista Clinical Psychology: Science and Practice. También fue miembro del grupo de trabajo DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría y fue copresidente del grupo de trabajo para revisar las categorías de trastornos de ansiedad. También es Diplomado en Psicología Clínica de la Junta Estadounidense de Psicología Profesional y mantiene una práctica privada.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Autores contribuyentes

Martín M. Antony, PhD, Centro de Investigación y Tratamiento de la Ansiedad, Hospital St. Joseph, Hamilton, Ontario, Canadá; Departamento de Psiquiatría y Neurociencias del Comportamiento, Universidad McMaster, Hamilton, Ontario, Canadá

Timothy A. Brown, PsyD, Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados, Departamento de Psicología, Universidad de Boston, Boston, MA

Terence M. Keane, PhD, Centro Nacional para el PTSD en Boston; Sistema de Atención Médica de la Administración de Veteranos de Boston; Departamentos de Psiquiatría y Psicología, Universidad de Boston, Boston, MA

Stefan G. Hofmann, PhD, Profesor Asistente de Psicología, Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados, Departamento de Psicología, Universidad de Boston, Boston, MA

Susan M. Orsillo, PhD, Sistema de Salud de la Administración de Veteranos de Boston; Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados, Departamento de Psicología, Universidad de Boston, Boston, MA

Lizabeth Roemer, PhD, Universidad de Massachusetts en Boston; Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados, Departamento de Psicología, Universidad de Boston, Boston, MA

Gail Steketee, PhD, Escuela de Trabajo Social, Universidad de Boston, Boston, MA

Kamila S. White, PhD, Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados, Departamento de Psicología, Universidad de Boston, Boston, MA

Prefacio

Para brindar algunos antecedentes sobre la génesis de este libro, publicado por primera vez en 1988, vale la pena revisar algunos párrafos del prefacio de la primera edición. En ese momento observé:

“Esta historia creció en la narración”, como dijo JRR Tolkien. Después de años de investigación y práctica, parecía una tarea bastante sencilla escribir un libro sobre la naturaleza y el tratamiento de los trastornos de ansiedad. El aumento del interés por estos trastornos durante los últimos 5 años provocó avances vertiginosos en los tratamientos psicológicos y farmacológicos, y sentí que un libro así sería oportuno. Después de revisar estos avances, planeé describir los tratamientos recientemente desarrollados para los trastornos de ansiedad en nuestro Centro para Trastornos de Estrés y Ansiedad en Albany que toman en cuenta las innovaciones de todo el mundo. Estos tratamientos se describirían en el marco de los trastornos de ansiedad tal como se definen y describen en las revisiones del DSM-III. Le dije a mi editor que lo tendría para él en 12 a 18 meses.

Durante este tiempo, nuestros propios tratamientos cambiaron drásticamente a medida que surgían nuevos y emocionantes descubrimientos en nuestro centro de investigación y en otros lugares sobre la naturaleza y el tratamiento del pánico. Estos desarrollos parecían requerir, como mínimo, una explicación completa de la naturaleza de la ansiedad y el pánico basada en estos nuevos desarrollos. Pero estos desarrollos no podrían describirse adecuadamente sin colocarlos en el marco de las concepciones teóricas actuales de la ansiedad en general. Descubrí que repetir teorías probadas y verdaderas sobre la ansiedad resultó ser totalmente inadecuado, ya que los nuevos enfoques conceptuales, que van desde el neurobiológico hasta el constructivista social, han aparecido solo en los últimos 2 años. Estos modelos están comenzando a afectar nuestra visión de la ansiedad. ¡Y luego está el misterio del pánico!

Esta combinación confusa de perspectivas nuevas y antiguas sobre la ansiedad y el pánico condujo inexorablemente a una consideración de la naturaleza de la emoción. El libro se detuvo durante medio año mientras absorbía una vez más los puntos de vista de los teóricos de la emoción e intentaba integrar nuestro conocimiento clínico sobre la ansiedad y el pánico, que emergía rápidamente, con la antigua y distinguida tradición de la teoría de la emoción que se remonta a Darwin hace más de 100 años. Pues los trastornos de ansiedad, en última instancia, son trastornos emocionales. Se hizo cada vez más claro que era imposible decir algo nuevo sobre los trastornos emocionales sin considerar las tradiciones de la teoría de la emoción.

En este punto, comencé a trabajar hacia atrás, reescribiendo el libro desde el punto de vista de la sabiduría acumulada de la teoría de la emoción. Después de la integración de desarrollos recientes relevantes en la ciencia cognitiva y la neurociencia, lo que surgió fue un nuevo modelo de pánico y ansiedad con implicaciones para el tratamiento. Estas teorías y conceptos se integraron luego con protocolos de tratamiento recientemente desarrollados para los diversos trastornos de ansiedad. Sólo entonces pude escribir el libro que pretendía.

Al escribir esta segunda edición tuve la suerte de estar sujeto a algunas de mis propias ilusiones de control. Primero, con la perspectiva de revisar el libro en lugar de escribir

o

de nuevo, y con el privilegio de pasar el año 1997–1998 en el Centro de Estudios Avanzados en Ciencias del Comportamiento en Palo Alto, California, pensé que podría terminar el libro en un año y medio y entregárselo a mi editor en el finales del otoño de 1998. Al igual que con la primera edición, ¡estuve dos años desfasado! La explosión de conocimientos en epidemiología y fenomenología, así como en ciencias cognitivas, conductuales y neurológicas, dejó en claro que tendría suerte de terminar incluso la primera mitad del libro en 3 años.

Con mis colegas más cercanos en la Universidad de Boston y el Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados (CARD), donde me mudé en el otoño de 1996, ideamos un plan que en la segunda edición colaboraríamos en el capítulo sobre la clasificación de los trastornos de ansiedad. -ders, así como los últimos seis capítulos dedicados a la naturaleza, evaluación y tratamiento de cada trastorno de ansiedad individual. Esos capítulos aplican la teoría explicada en la primera parte del libro. Dado que todas las personas que colaboran son colegas actuales de la Universidad de Boston y CARD, o en el caso de Martin M. Antony, un ex estudiante (estelar) que ahora es una autoridad internacional por derecho propio, una integración completa y continua. -Se aseguró la nuidad de las ideas a lo largo del libro. Mientras me siento aquí dando los toques finales a este enorme esfuerzo, me parece muy posible que pueda deber mi propia cordura a mis buenos amigos y colaboradores cercanos, cada uno de los cuales ha logrado un dominio más importante de su tema individual de lo que hubiera esperado lograr solo. A Timothy A. Brown, Kamila S. White, Martin M. Antony, Terence M. Keane, Stefan G. Hofmann, Lizabeth Roemer, Susan M. Orsillo y Gail Steketee, mi más profunda y sincera gratitud. El libro es mejor por sus esfuerzos.

Hay un capítulo menos en esta edición (15) que en la primera edición, pero ha habido cambios conceptuales y estructurales en tres capítulos. Dados los enormes avances en nuestro conocimiento del proceso y la naturaleza de la ansiedad, este tema ahora tiene su propio capítulo (Capítulo 3). Este capítulo sigue al Capítulo 1, sobre la experiencia de la ansiedad, que se reescribió y actualizó considerablemente, y al Capítulo 2, sobre el miedo, la ansiedad y las teorías de la emoción, que resume la floreciente literatura sobre la teoría de la emoción y su aplicación a los trastornos emocionales. . Los capítulos 4, 5 y 6, sobre el fenómeno del pánico, la provocación del pánico en el laboratorio y los aspectos neurobiológicos de la ansiedad y el pánico, respectivamente, permanecen sin cambios en el título, pero cambian enormemente en su contenido.

Para dar cabida a toda esta información adicional, el Capítulo 8 de la primera edición, sobre el proceso de reducción del miedo y la ansiedad, tuvo que eliminarse, aunque muchas de sus ideas sobre la aplicación de los principios de la teoría de la emoción a nuestras nuevas intervenciones psicológicas y farmacológicas pueden se encuentran en los últimos capítulos clínicos de esta nueva edición. Después del Capítulo 9, que cubre la clasificación, los últimos seis capítulos están dedicados a los trastornos clínicos de ansiedad individuales, incluyendo y combinando dos capítulos de la primera edición, sobre el trastorno de pánico, en uno solo.

Mucho de lo que se planteó como hipótesis en la primera edición sobre la naturaleza y el tratamiento de la ansiedad se ha confirmado en los siguientes 14 años, mientras que otras sugerencias han resultado considerablemente fuera de lugar. Durante la década de 1990, se reconoció la centralidad de la teoría de la emoción como base legítima para la investigación de los trastornos emocionales y se revitalizó el estudio de la emoción desde una variedad de perspectivas. La singularidad del fenómeno del pánico, reconocido por primera vez por Donald Klein, ha sido reafirmada frente a la emoción relacionada pero distinta de la ansiedad, y la relación funcional de estas dos emociones, sugerida por primera vez en la primera edición de este libro. , se han convertido en la base de algunos de los criterios para los trastornos de ansiedad en el DSM-IV. La provocación del pánico en el laboratorio,

los investigadores neurobiológicos estarán mediados en gran medida por factores psicológicos en algunos estudios seminales recientes; esto también confirma una sugerencia hecha en la primera edición. Y la sensación de falta de control, arraigada profundamente en la experiencia temprana, como núcleo de la ansiedad, ha recibido un apoyo cada vez mayor tanto en modelos animales como humanos.

Por otro lado, las concepciones del proceso de preocupación postuladas en la primera edición han cambiado considerablemente, a partir del trabajo pionero de Thomas Borkovec, Rudolph Hoehn-Saric y sus colegas, como se detalla en el Capítulo 3. Los avances en la última década también han modificado mis opiniones sobre las clasificaciones de la ansiedad y los trastornos relacionados, ya que he reconocido la importancia general de las amplias dimensiones del afecto negativo y el neuroticismo. Desde el punto de vista del tratamiento, el papel de la exposición interoceptiva, descrito inicialmente en la primera edición de este libro, se ha ampliado y profundizado considerablemente. También abordamos la exposición situacional de algunas formas nuevas e importantes.

Muchos lectores estaban intrigados con mi dedicatoria en la primera edición a mis hijos, luego adolescentes, una dedicatoria que he alterado solo levemente en esta edición para acomodar felizmente a nuestro yerno y nuera. La “ilusión de control” mencionada allí se refiere, por supuesto, a una característica psicológica fundamental que contribuye sustancialmente a la salud física y mental, una idea que ha recibido un apoyo cada vez mayor y se describe con cierto detalle en el Capítulo 8. Estoy profundamente agradecido de comentarios que he recibido de los lectores, no solo sobre la dedicatoria sino sobre todos los aspectos del libro. Muchos de estos conceptos me han ayudado mucho a avanzar en mi propio pensamiento.

Dado que mi propio estilo de investigación siempre ha sido colaborativo, este libro le debe mucho a todos mis colegas y estudiantes a lo largo de los años que han trabajado conmigo para desarrollar estas ideas. Asumo toda la responsabilidad por el hecho de que las ideas y pensamientos de esos individuos pueden no haber sido representados exactamente como pretendían. Sin embargo, en la mayoría de los casos sus contribuciones serán reconocibles.

Un agradecimiento especial a Michelle Craske, mi colega por más de 15 años, quien me sigue sorprendiendo con su capacidad de trabajo y creatividad. Gracias también a Sue Mineka y Mark Bouton, con quienes pasé un año muy agradable en el Centro de Estudios Avanzados. Solo puedo decir que el Centro fue tan celestial como todos pensamos que sería. Mi agradecimiento nuevamente a Janet Klosko y Patty Coakley, quienes hicieron contribuciones importantes a las iniciativas más literarias que se intentaron en el Capítulo 1. Más allá de estas personas, otros colegas de la facultad aquí en la Universidad de Boston me han brindado el beneficio de su pensamiento, incluido David Spiegel, Henry Marcucella, Fabio Idrobo y Kim Saudino. A mis asistentes administrativos Bette Selwyn, quien comenzó el libro, y Rebekah Morris, quien demostró su asombrosa habilidad para encontrar las referencias que faltaban mientras terminaba el libro, le expreso mi admiración y mi más profundo aprecio. A mi esposa, Beverly, que soportó las noches, los fines de semana y las “vacaciones” que pasé trabajando en el libro, mi gratitud y amor por su paciencia. Y a mi correctora, Marie Sprayberry, quien vio y consideró cuidadosamente cada palabra de la primera edición, y ahora ha logrado la misma tarea con la segunda edición, mi agradecimiento por su notable talento y atención al detalle.

Y finalmente, mientras cierro esta edición sin ninguna expectativa de volver a intentar esta tarea hercúlea, miro con entusiasmo a la próxima generación de investigadores que compartirán mi entusiasmo por continuar desentrañando los misterios de la ansiedad.

DÁVIDO hBFLECHA

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Contenido

CAPÍTULO	1	La experiencia de la ansiedad: la sombra de la inteligencia o espectro de la muerte?	1
CAPÍTULO	2	Miedo, ansiedad y teorías de la emoción	37
CAPÍTULO	3	La naturaleza de la aprehensión ansiosa	64
CAPÍTULO	4	El fenómeno del pánico	105
CAPÍTULO	5	Provocando pánico en el laboratorio	139
CAPÍTULO	6	Aspectos biológicos de la ansiedad y el pánico	180
CAPÍTULO	7	Alarmas verdaderas, alarmas falsas y Ansiedad aprendida (condicionada): Los orígenes del pánico y la fobia	219
CAPÍTULO	8	Los orígenes de la aprehensión ansiosa, Trastornos de ansiedad y trastornos emocionales relacionados Trastornos: triples vulnerabilidades Clasificación de los trastornos de ansiedad y del estado de	251
CAPÍTULO	9	ánimo	291

CAPÍTULO 9	Trastorno de ansiedad generalizada <i>Timothy A. Brown y David H. Barlow</i>	291
CAPÍTULO10	Trastorno de pánico <i>Kamila S. White y David H. Barlow</i>	328
CAPÍTULO11	Fobias específicas <i>Martín M. Antony y David H. Barlow</i>	380
CAPÍTULO12	Trastorno de estrés postraumático <i>Terence M. Keane y David H. Barlow</i>	418
		X
		V

xvi		Contenido
CAPÍTULO13	Fobia social (trastorno de ansiedad social) <i>Stefan G. Hofmann y David H. Barlow</i>	454
CAPÍTULO14	Trastorno de ansiedad generalizada <i>Lizabeth Roemer, Susan M. Orsillo y David H Barlow</i>	477
CAPÍTULO15	Trastorno obsesivo compulsivo <i>Gail Steketee y David H. Barlow</i>	516
Referencias		551
Índice de		
autores		677
Índice de		
materias		694

La experiencia de ansiedad

¿Sombra de la Inteligencia o Espectro de la Muerte?

En nuestra sociedad, las personas gastan miles de millones de dólares al año para deshacerse de la ansiedad. Los costos de las visitas a los médicos de atención primaria y la utilización de los servicios de atención médica en general por parte de las personas con trastornos de ansiedad son el doble de lo que son para aquellos sin trastornos de ansiedad, incluso si estos últimos están físicamente enfermos (Simon, Ormel, Von Korff, y Barlow, 1995). Muchos retiran las recetas de sus médicos de varios medicamentos para tratar la ansiedad, lo que hace que estos medicamentos se encuentren entre los más utilizados en el mundo. Para estas personas, la ansiedad es una maldición, algo sin lo que podrían vivir. Pero, ¿podríamos todos vivir sin

ansiedad? Muchos de nuestros filósofos, psicólogos y psiquiatras más destacados creen que no. Algunos piensan que cumple una función protectora. Para otros, está en la raíz misma de lo que significa ser humano. Aún otros creen que nuestra propia capacidad para adaptarnos y planificar para el futuro depende de la ansiedad. Considere los pensamientos del conocido psicólogo temprano Howard Liddell:

La función planificadora del sistema nervioso, en el curso de la evolución, ha culminado en la aparición de ideas, valores y placeres, las manifestaciones únicas de la vida social del hombre. El hombre, solo, puede hacer planes para el futuro distante y puede experimentar los placeres retrospectivos del logro. El hombre, solo, puede ser feliz. Pero el hombre, solo, puede estar preocupado y ansioso. Sherrington dijo una vez que la postura acompaña al movimiento como una sombra. He llegado a creer que la ansiedad acompaña a la actividad intelectual como su sombra y que cuanto más sepamos de la naturaleza de la ansiedad, más sabremos del intelecto. (Liddell, 1949, pág. 185)

¿Es la ansiedad la sombra de la inteligencia? ¿O es la ansiedad el espectro abrumador de la muerte y la nada? Primero se consideran las ventajas hipotéticas de estar ansioso.

LA SOMBRA DE LA INTELIGENCIA

Supervivencia

Dado que, según los informes, las mujeres sufren de manera desproporcionada los efectos patológicos de la ansiedad, es apropiado que una de las representaciones más elocuentes y lúcidas de la experiencia de la ansiedad provenga de una mujer. En un cuento de MFK Fisher titulado "The Wind Chill"

TRASTORNOS

Factor,"¹ el personaje de la Sra. Thayer se queda sola en la cabaña de un amigo en el océano durante una brutal tormenta de nieve de invierno. La ventisca ha estado rugiendo durante días; sin embargo, la Sra. Thayer se siente cálida, cómoda y despreocupada por las posibles consecuencias de la tormenta mientras se queda dormida.

Un poco después de las cuatro, le sucedió algo extraordinario. De sueños profundos y cómodos fue arrancada al mundo consciente, tan cruelmente como si hubiera sido agarrada por los largos cabellos de su cabeza. Su corazón había cambiado su latido lento y silencioso y golpeaba en su caja torácica como el de un conejo. Su respiración estaba atrapada en una especie de red en su garganta, no entrando y bajando lo suficientemente rápido. Tocó su cuerpo y estaba caliente, pero sus palmas se sentían húmedas y pegadas a ella.

A los pocos segundos supo que estaba en un estado, quizás peligroso, de puro pánico. No tenía nada que ver con el miedo físico, por lo que ella podía decir. No tenía miedo de estar sola, o de estar en las dunas en medio de una tormenta. Ella no tenía miedo del ataque corporal, la violación, todo eso. Simplemente estaba presa del pánico, o lo que los franceses del Sáhara solían llamar le cafard affolé. (pág. 162)

En este punto, la Sra. Thayer experimenta un impulso de huir que se encuentra entre los más fundamentales y antiguos en el repertorio de comportamiento de los organismos vivos.

Esto es increíble, dijo. Esto es indescriptible. Es aquí. Sobreviviré o correré aullando por las dunas y moriré pronto entre las olas y el viento. Tal elección parecía muy cercana y dulce, porque su sentimiento era casi intolerablemente anhelante de escapar del ruido. Estaba por encima, en contra y alrededor de ella, y sintió que estaba invadiendo su espíritu. Esto es realmente peligroso, dijo, y debo tratar de no salir corriendo. Eso es un deseo de suicidio, y débil. Debo tratar de respirar más lentamente, y tal vez tragar algo para recuperar mis ritmos más familiares. Hablaba lentamente para sí misma, con una enunciación silenciosa pero precisa. (pág. 162)

¿Es esta experiencia la sombra de la inteligencia de Liddell? ¿Hay algo inteligente o incluso útil en un impulso insoportablemente fuerte de huir del calor y la seguridad de un refugio seguro para precipitarse en un mar embravecido? Paradójicamente, probablemente la haya, y esta tendencia bien puede haber sido responsable de la supervivencia de la especie. Pero, ¿son sólo los humanos los que pueden experimentar “ansiedad” de esta manera? Según el naturalista Charles Darwin, ciertamente no.

En todos o casi todos los animales, incluso en las aves, el Terror hace temblar el cuerpo. La piel se vuelve pálida, brota el sudor y el cabello se eriza. Las secreciones del tubo digestivo y de los riñones aumentan y se eliminan involuntariamente debido a la relajación de los músculos del esfínter, como se sabe que ocurre en el hombre y como he visto en el ganado vacuno, perros, gatos, y monos. La respiración es apresurada. El corazón late rápida, salvaje y violentamente; pero se puede dudar de que bombee la sangre con mayor eficiencia a través del cuerpo, porque la superficie parece exangüe y la fuerza de los músculos pronto falla. . . . Las facultades mentales están muy perturbadas. Prosigue pronto la postración total, e incluso el desmayo. Se ha visto a un canario aterrorizado no sólo temblar y ponerse blanco en la base del pico, sino también desmayarse; y una vez atrapé a un petirrojo en una habitación, que se desmayó tan completamente que por un tiempo pensé que estaba muerto. (Darwin, 1872, pág. 77)

La experiencia de la ansiedad

3

Darwin puede haber desarrollado un gran interés en estas respuestas por una muy buena razón. Ahora parece claro que el propio Darwin sufrió los estragos del terror en forma de ataques de pánico, y que estos ataques y la agorafobia resultante lo mantuvieron cerca de casa, trabajando con una pasión que lo consumía todo en sus obras más famosas *Sobre el origen del ser humano*, *El origen de las especies* por Medio de la Selección Natural y *La Expresión de las Emociones en el Hombre y los Animales* (Barloon & Noyes, 1997).

¿Cómo puede ser útil esta respuesta elemental? Como todo estudiante de introducción a la psicología sabe, este comportamiento y la emoción abrumadora asociada con él representan la reacción de alarma del organismo ante emergencias potencialmente mortales. El impulso casi reflejo de escapar o, alternativamente, de pararse y enfrentarse a la amenaza ("luchar o huir")

reflejo de escapar o, alternativamente, de pararse y enfrentarse a la amenaza ("fight or flight") parece claramente una tendencia conductual que ha sido selectivamente favorecida en un sentido evolutivo. Indudablemente, los organismos sin esta capacidad se vieron abrumados por la maraña de emergencias cuando la especie era joven. Los organismos capaces de responder rápida y eficientemente a situaciones que amenazan la vida sobrevivieron y ganaron el día.

Tras una inspección minuciosa, las contribuciones funcionales específicas de varios componentes de este mecanismo biológico de supervivencia parecen claras (Cannon, 1927). La activación del sistema cardiovascular es uno de los componentes principales. Por lo general, los vasos sanguíneos periféricos se contraen, elevando así la presión arterial y disminuyendo el flujo sanguíneo a las extremidades. El exceso de sangre se redirige a los músculos esqueléticos que pueden usarse para defenderse en una lucha. La sangre acumulada en el torso está más disponible para los órganos vitales que pueden ser necesarios en caso de emergencia. A menudo la gente parece "blanca de miedo"; es decir, palidecen de miedo como resultado de la

disminución del flujo sanguíneo a la piel. Temblar de miedo puede ser el resultado de los escalofríos y quizás de la piloerección, en la que los vellos corporales se erigen para conservar el calor durante los períodos de vasoconstricción. Estos ajustes defensivos también pueden producir los hechizos "calientes" y "fríos" comúnmente observados. La respiración se vuelve más rápida y generalmente más profunda para proporcionar el oxígeno necesario a la sangre que circula rápidamente. Este aumento de la circulación sanguínea lleva oxígeno al cerebro, donde se estimulan los procesos cognitivos y las funciones sensoriales. Una mayor cantidad de glucosa (azúcar) también se libera del hígado al torrente sanguíneo para energizar aún más varios músculos y órganos cruciales, incluido el cerebro. Las pupilas se dilatan, presumiblemente para permitir una mejor visión de la situación. La audición se agudiza y la actividad digestiva se suspende, lo que reduce el flujo de saliva (la "boca seca" del miedo). A menudo hay presión para orinar, defecar y ocasionalmente para vomitar. A corto plazo, la

preparación prepara aún más al organismo para la acción y la actividad concentrada. A más largo plazo, los vómitos y la diarrea pueden ser reacciones reflejas que protegen contra el peligro de absorción de sustancias nocivas (Beck y Emery con Greenberg, 1985; Nesse, 1987; Stein y Bouwer, 1997).

¿Es esta movilización del organismo para luchar o escapar el único comportamiento asociado con nuestro antiguo sistema de alarma? parece que no. Considere el siguiente caso de nuestros archivos: Un joven médico en radiología asistía una noche a una película de Ingemar Bergman. La cámara enfocó repentinamente el sangrado masivo de un personaje en un contexto inesperado. El médico se derrumbó. Su compañero pensó que podría estar durmiendo la siesta, aunque hasta ese momento parecía bastante interesado en la película. Cuando el médico volvió en sí, estaba muy conmocionado, al darse cuenta de que se había desmayado inesperadamente. Aún más desconcertante fue el hecho de que su desmayo se debió a la visión de la sangre. De hecho, a lo largo de la escuela de medicina, a menudo había notado sentirse incómodo en presencia de sangre, pero se había "preparado" para la ocasión. Con toda probabilidad, había empleado varias estrategias de tensión muscular que mantienen o aumentan la presión arterial (Öst y Sterner, 1987; Antony, Craske y Barlow, 1995b; Craske, Antony y Barlow, 1997) (ver

Capítulo 11). En todo caso, quedó lo suficientemente incómodo como para elegir una especialidad en la que el contacto con la sangre estaba prohibido.

minimizado. Después de la película de Bergman, su incomodidad escaló hasta convertirse en una reacción fóbica total, lo que provocó que evitara cualquier situación en la que pudiera encontrarse con sangre.

El desmayo, por supuesto, requiere una respuesta fisiológica muy diferente de la requerida para luchar o huir. En lugar de las oleadas sostenidas inervadas simpáticamente en la función cardiovascular que están asociadas con la reacción de alarma habitual, las disminuciones marcadas en la frecuencia cardíaca y la presión arterial preceden al desmayo (Page, 1994).

¿Podría ser esto también una respuesta adaptativa? Muy claramente podría, y probablemente fue una respuesta de este tipo en las condiciones que existieron en milenios pasados. Cuando estaban bajo ataque, aquellos que respondieron a las lesiones y el sangrado con una caída dramática en la presión arterial, minimizando así la pérdida de sangre y el peligro de shock, tenían muchas más probabilidades de sobrevivir al ataque que aquellos que no lo hicieron. Hoy en día, esta tendencia a la acción conductual está presente de manera desadaptativa en un gran número de individuos con temores extremos a la sangre, las lesiones,

Pero ¿qué pasa con el petirrojo de Darwin, que presumiblemente no vio sangre, pero sin embargo se desmayó tan completamente cuando lo atraparon que Darwin pensó que estaba muerto? ¿Es esta la misma reacción que la descrita anteriormente? Probablemente no. En los últimos años, los investigadores han redescubierto una respuesta arcaica que parece ser otra tendencia de acción asociada con reacciones de alarma en situaciones específicas. Cuando están

en presencia de un depredador que se aproxima, y particularmente cuando están en contacto directo con un depredador, la mayoría de las especies inicialmente evidenciarán la agitación asociada con la lucha o la huida. Esta reacción puede ser seguida inmediatamente por una respuesta muy diferente similar a la parálisis, pero caracterizada por una flexibilidad cerosa. Estos animales parecen muertos, al igual que el petirrojo de Darwin. De hecho, esta es la respuesta de "hacerse el muerto" o "congelarse" que se ve tan a menudo en animales salvajes bajo ataque. Los investigadores en esta área se refieren a la respuesta como "inmovilidad tónica" (Gallup, 1974) y la diferencian de la respuesta inmóvil temporal exhibida por muchos animales antes de sus intentos de huir de un depredador visto a distancia (Woodruff & Lippincott, 1976).). Pero los investigadores han determinado que la inmovilidad tónica no es una estrategia volitiva o estratégica por parte del animal. Más bien, esta respuesta representa otra antigua reacción de comportamiento con un valor de supervivencia evidente. Para la gran cantidad de depredadores para los que el movimiento desencadena y mantiene el ataque, la congelación es un antídoto eficaz que evita nuevos ataques y aumenta las posibilidades de supervivencia de la víctima. Los investigadores en esta área se refieren a la respuesta como "inmovilidad tónica" (Gallup, 1974) y la diferencian de la respuesta inmóvil temporal exhibida por muchos animales antes de sus intentos de huir de un depredador visto a distancia (Woodruff & Lippincott, 1976).). Pero los investigadores han determinado que la inmovilidad tónica no es una estrategia volitiva o estratégica por parte del animal. Más bien, esta respuesta representa otra antigua reacción de comportamiento con un valor de supervivencia evidente. Para la gran cantidad de depredadores para los que el movimiento desencadena y mantiene el ataque, la congelación es un antídoto eficaz que evita nuevos ataques y aumenta las posibilidades de supervivencia de la víctima. Los investigadores en esta área se refieren a la respuesta como "inmovilidad tónica" (Gallup, 1974) y la diferencian de la respuesta inmóvil temporal exhibida por muchos animales antes de sus intentos de huir de un depredador visto a

distancia (Woodruff & Lippincott, 1976).). Pero los investigadores han determinado que la inmovilidad tónica no es una estrategia volitiva o estratégica por parte del animal. Más bien, esta respuesta representa otra antigua reacción de comportamiento con un valor de supervivencia evidente. Para la gran cantidad de depredadores para los que el movimiento desencadena y mantiene el ataque, la congelación es un antídoto eficaz que evita nuevos ataques y aumenta las posibilidades de supervivencia de la víctima. 1974) y diferenciarlo de la

respuesta inmóvil temporal exhibida por muchos animales antes de sus intentos de huir de un depredador visto a distancia (Woodruff & Lippincott, 1976). Pero los investigadores han determinado que la inmovilidad tónica no es una estrategia volitiva o estratégica por parte del animal. Más bien, esta respuesta representa otra antigua reacción de comportamiento con un valor de supervivencia evidente. Para la gran cantidad de depredadores para los que el movimiento desencadena y mantiene el ataque, la congelación es un antídoto eficaz que evita nuevos ataques y aumenta las posibilidades de supervivencia de la víctima. 1974) y diferenciarlo de la respuesta inmóvil temporal exhibida por muchos animales antes de sus intentos de huir de un depredador visto a distancia (Woodruff & Lippincott, 1976). Pero los investigadores han determinado que la inmovilidad tónica no es una estrategia volitiva o estratégica por parte del animal. Más bien, esta respuesta representa otra antigua reacción de comportamiento con un valor de supervivencia evidente. Para la gran cantidad de depredadores para los que el movimiento desencadena y mantiene el ataque, la congelación es un antídoto eficaz que evita nuevos ataques y aumenta las posibilidades de supervivencia de la víctima. esta respuesta representa otra antigua reacción conductual con un evidente valor de supervivencia. Para la gran cantidad de depredadores para los que el movimiento desencadena y mantiene el ataque, la congelación es un antídoto eficaz que evita nuevos ataques y aumenta las posibilidades de supervivencia de la víctima. esta respuesta representa otra antigua reacción conductual con un evidente valor de supervivencia. Para la gran cantidad de depredadores para los que el movimiento desencadena y mantiene el ataque, la congelación es un antídoto eficaz que evita nuevos ataques y aumenta las posibilidades de supervivencia de la víctima.

Esta respuesta puede tener implicaciones biológicas importantes para la ansiedad humana, como se describe en el capítulo 6. Pero los investigadores que se ocupan de la ansiedad humana han mostrado poco interés en la inmovilidad tónica, ya que no se creía que ocurriera en humanos. Ahora parece que podemos haber pasado por alto un ejemplo trágico pero obvio de esta reacción en humanos. Durante violaciones brutales, muchas mujeres informan sentirse paralizadas. Comentarios como “Sentí temblores y frío, me quedé flácido”, o “Mi cuerpo se sintió paralizado” o “Mi cuerpo se puso absolutamente rígido”, reflejan este estado paralítico. Esto puede ser análogo a la rigidez muscular y la inhibición motora que muestran los animales durante la inmovilidad tónica después de la restricción manual. No se produce pérdida de conciencia, ya que la víctima puede relatar posteriormente hechos ocurridos durante el ataque. Algunas víctimas han informado que sienten “frío helado, ” que puede reflejar la disminución característica de la temperatura corporal de los animales inmóviles. Muchos sobrevivientes de violación también informan sentirse completamente entumecidos o insensibles al dolor durante la terrible experiencia; esto puede ser similar a los efectos analgésicos de la inmovilidad observados en animales. Burgess y Holmstrom (1976) informaron que 22 de 34 sobrevivientes de violación demostraron parálisis física en algún momento durante el encuentro. Las similitudes entre la inmovilidad tónica y la parálisis inducida por violación han sido delineadas por Suárez y Gallup (1979) y se encuentran en la Tabla 1.1. Burgess y Holmstrom (1976) informaron que 22 de 34 sobrevivientes de violación demostraron parálisis física en algún momento durante el encuentro. Las similitudes entre la inmovilidad tónica y la parálisis inducida por violación han sido delineadas por Suárez y Gallup (1979) y se encuentran en la Tabla 1.1. Burgess y Holmstrom (1976) informaron que 22 de 34 sobrevivientes de violación demostraron parálisis física en algún momento durante el encuentro. Las similitudes entre la inmovilidad tónica y la parálisis inducida por violación han sido delineadas por Suárez y Gallup (1979) y se encuentran en la Tabla 1.1.

No está claro que la respuesta de supervivencia de la congelación elimine algunos de los peligros de la violación. Se podría especular que la congelación disminuye el riesgo de lesiones por agresión física.

TABLA 1.1. Similitudes entre la inmovilidad tónica y la parálisis inducida por violación

inmovilidad tónica	Parálisis inducida por violación
Inhibición motora profunda	Incapacidad para moverse
Temblores de tipo parkinsoniano	cuerpo temblando
Comportamiento vocal reprimido	Incapacidad para llamar o gritar
Sin pérdida de conciencia	Recordar los detalles del ataque
analgesia aparente	Entumecimiento e insensibilidad al dolor.
Temperatura central reducida	Sensación de sentir frío
Comienzo y terminación bruscos	Comienzo y remisión repentinos de la parálisis.
Reacciones agresivas en la terminación	Intentos de atacar al violador después de la recuperación.

Nota. De Suárez y Gallup (1979). Copyright 1979 por The Psychological Record. Reimpreso con permiso.

sion Además, las señales de movimiento restringido pueden reducir la excitación sexual en el violador (Suárez & Gallup, 1979). Pero reconocer que las sobrevivientes de violación están paralizadas o tónicamente inmóviles podría evitar una interpretación trágica por parte de muchas autoridades, que han asumido en el pasado que una sobreviviente de alguna manera está aceptando la violación.

El sonido del viento

Si estas respuestas se denominan "ansiedad" y uno considera "inteligente" evitar las amenazas con éxito, entonces la ansiedad puede ser la sombra de la inteligencia. Pero la mayoría no consideraría este comportamiento como "inteligente" en el sentido de una respuesta racional compleja. Sin embargo, comparte algo de la concepción de Howard Liddell, en el sentido de que es adaptable, útil e indispensable.

Pero hay algo muy misterioso en la experiencia ficticia de la Sra. Thayer que no encaja en el escenario darwiniano. “No tenía nada que ver con el miedo físico, por lo que ella podía decir. No tenía miedo de estar sola, o de estar en las dunas en medio de una tormenta. Ella no tenía miedo del ataque corporal, la violación, todo eso” (Fisher, 1978, p. 162). La amenaza en su propia mente no es la tormenta o estar sola, sino la necesidad de huir en sí misma: “Esto es realmente peligroso, dijo, y debo tratar de no salir corriendo. Eso es un deseo de suicidio, y débil” (p. 162). Pero el “deseo suicida” es más que un coqueteo con la muerte que pasa por su cabeza en forma de pensamientos aterradores. Hay otros componentes de esta amenaza que emanan del interior de su propio cuerpo:

El sonido del viento, para ella, había estado moviéndose de lado exactamente en una línea con el lejano horizonte del Atlántico durante días, noches, demasiado tiempo. Estaba en sus intestinos y de repente se aflojaron, y más tarde, nuevamente para su sorpresa, vomitó. Se dijo mareada que el ritmo del viento la había atado, y que ahora lo desafiaba, pero seguía aullando. (pág. 165)

¿Cómo se hace frente a esta experiencia humana donde la amenaza es interna y la consecuencia es la muerte? Con gran dificultad, la Sra. Thayer se esfuerza por caminar hasta la cocina, donde toma dos aspirinas y una taza de leche tibia. Ritualmente recuerda el consejo de

cocina, donde toma dos aspirinas y una taza de leche tibia. Ritualmente, recuerda el consejo de que durante los períodos de estrés profundo uno debe beber el líquido en tres sorbos lentos,

esperar 5 minutos antes de tomar tres sorbos más, y así sucesivamente. Después de la medicina y los rituales, recurre a otros métodos de afrontamiento más psicológicos:

Sacó todos los trucos de la bolsa que había acumulado durante su larga vida con neuróticos. Se cepilló el cabello con firmeza y, mientras tanto, el corazón le latía contra las costillas y se sentía tan enferma que apenas podía levantar el brazo. Trató de decir algunas canciones infantiles y el salmo veintitrés, pero sin otro resultado que una risita de impaciencia. Ella tomó un sorbo de la terrible leche dulce. Le rezó a esas dos pastillas que se había tragado. (pág. 163)

Pero al final recurre al gran árbitro de todas las dificultades humanas, la propia razón.

Durante un tiempo, mientras la aspirina y la leche tibia parecían calmar su terror ilimitado (¿Pavor de qué? No de que el techo se fuera a volar, de que estuviera sola, de que pudiera morir...), se obligó a hablar razonablemente. a lo que tiraba, temblaba y parpadeaba en su espíritu. Era una doctora, o más bien, una espectadora involuntaria atrapada en algún tipo de desastre, obligada a ser fría y sabia con una de las víctimas, tal vez un niño que se desangraba hacia la muerte o un anciano atrapado debajo de una rueda de camión. Habló en voz baja a esta alma indefensa y conmocionada que revoloteaba en su pobre cuerpo. Era fuerte y tranquila. Mientras tanto, sabía cínicamente que no existía excepto en la necesidad que se le imponía, y que la víctima moriría o se recuperaría y

olvidaría su santidad dramática antes de que llegara la ambulancia. Escucha tu respiración", dijo con frialdad. No estás gravemente herido. Pronto te sentirás bien. Bebe esto. Hará que el dolor desaparezca. Levanta la cabeza ahora y respira lentamente. No estás realmente en problemas. Etcétera. Cada vez que la otra parte de la señora Thayer, la parte amenazada, dejaba que su mente volviera al horror de una ruptura inminente con toda razón —y luego, entonces, fuera por la puerta sería definitiva—, el amable extraño parecía sentirlo. en los globos oculares y el pulso cuando se inclinó sobre el cuerpo y habló con más firmeza: "Ahora sostén la taza. Puede. Sé que puedes. Estarás bien. (pág. 164)

La Sra. Thayer persevera y luego decide que las pastillas, ayudadas por la bebida caliente, han funcionado. Concluye que su mente no le ha fallado mientras intenta distraerse con el Salmo 23 y convencerse de que "nunca habría corrido como una bestia, para morir rápidamente en las dunas" (p. 165). Más tarde reflexiona sobre su experiencia.

En otras dos horas todo estaba bien interiormente en ella, excepto que estaba lánguida, como si hubiera estado dos semanas con fiebre. El pánico que se había apoderado de sus huesos y su espíritu se desvaneció rápidamente, una vez derrotado. Ella se quedó pálida y desconcertada. Nunca había tenido miedo, es decir, de cosas tangibles como el frío, la arena y el viento. No tenía miedo, que ella supiera, de morir ni rápido ni lentamente. Era, decidió precisamente, una cuestión de sonido. Si la tormenta no hubiera durado tanto, con su ruido tanto en ella, en su cerebro y músculos. . . Si esto había sido una especie de apareamiento, fue sin alegría.

. . . Y al final de la tarde, mientras dormitaba con un desapego profundo y suave, el sonido disminuyó y luego murió, y ella se perdió en la dulce vida de ensueño de una mujer entregada. (pág. 166)

Términos y significados

La experiencia de la Sra. Thayer y sus métodos para sobrellevar la situación durante y después de la experiencia ilustran lo esencial y misterioso de la emoción humana que llamamos ansiedad. ¿Es realmente el viento lo que causa el pánico de la Sra. Thayer? ¿O es la búsqueda de causas necesaria por alguna cualidad humana fundamental que no puede permitir que eventos como este queden sin explicación? ¿Es mejor que encuentre una causa, aunque sea incorrecta, que no buscar en absoluto?

De hecho, la especulación sobre las señales ha jugado un papel fundamental en las teorías sobre la ansiedad a lo largo de los años. Muchos de los primeros teóricos, entre ellos Kierkegaard y Freud, basaron las definiciones y distinciones de "miedo" y "ansiedad" en la presencia o ausencia de señales. Para

la mayoría, una distinción importante se volvió prominente: el “miedo” se vio como una reacción a un peligro específico y observable, mientras que la “ansiedad” se vio como una aprensión difusa y sin objeto. Por lo tanto, teorizar sobre la ansiedad implicaba una búsqueda de señales “ocultas” que no se diferenciaban de las especulaciones de la Sra. Thayer sobre el sonido del viento. Esta distinción entre miedo y ansiedad produjo el rico marco teórico que aún subyace en gran parte de nuestro pensamiento sobre el desarrollo de la psicopatología. Las definiciones estándar de “miedo” y “ansiedad” en los diccionarios y en los libros de texto de introducción a la psicología continúan refiriéndose a la presencia o ausencia de señales identificables como la distinción esencial. Sin embargo, el ascenso de los enfoques conductuales directos para tratar los miedos y las fobias comenzó a cambiar eso (Wolpe, 1958).

Pero la terminología que describe experiencias como la de la Sra. Thayer es más variada y confusa que la distinción hipotética entre miedo y ansiedad. Entre muchos términos de uso común en el idioma inglés hoy en día se encuentran “ansiedad”, “miedo”, “pavor”, “fobia”, “susto”, “pánico” y “aprensión”. Cada uno de estos términos a menudo se califica con palabras como “agudo”, “mórbido”, “generalizado”, “difuso”, etc. para proporcionar diferentes matices de significado. Además, ningún estudioso de la ansiedad que reflexione sobre la terminología puede omitir la palabra alemana *angst*. Aunque difícil de traducir, esta palabra forma la base de gran parte de nuestro pensamiento sobre el papel de la ansiedad en la psicopatología, ya que fue la palabra utilizada tanto por Kierkegaard como por Freud. Para Kierkegaard, la angustia sería tanto “pavor” como “ansiedad”; sin embargo, a veces uno se usa en las traducciones al inglés de Kierkegaard y otras veces el otro. Para Freud, la angustia vino a reflejar la noción de angustia sin un objeto identificable. Más bien, la angustia era una vaga aprensión sobre el futuro (aunque el significado teórico se centraba en el presente y el pasado). Cuando la angustia tenía un objeto, Freud también prefería la palabra *furcht* (miedo). Aunque “ansiedad” es la palabra con la que ahora estamos familiarizados, Sir Aubrey Lewis (1980) sugiere que una traducción más precisa de angustia sería “agonía”, “pavor”, “susto”, “terror”, “consternación”, “alarma” o “temor”. Esencialmente, la palabra angustia significa una emoción mucho más devastadora que la palabra inglesa “ansiedad”, que a menudo se usa como sinónimo de “preocupación”. Como señala Lewis (1980), la raíz de la palabra relevante transmitida del griego y el latín es *angh*, que se refiere literalmente en latín al concepto de estrechez o constricción. Varios derivados de esta raíz han evolucionado de manera diferente en diferentes

idiomas occidentales, como se puede ver al examinar el número de palabras en inglés con la raíz angh. Entre estos están la “ansiedad”, la “angustia” y la “ira”.

La profusión de significados y sabores que rodean las palabras clave angustia, “ansiedad” y “pavor”; los usos algo diferentes en diferentes idiomas; y la imprecisión resultante de las traducciones de obras fundamentales han resultado en una comprensible vaguedad en torno al término “ansiedad” en inglés. La breve historia del uso del término en psicopatología ha producido una precisión aún menor. En los últimos años, la “ansiedad” se ha utilizado para referirse a estados emocionales como la duda, el aburrimiento, el conflicto mental, la decepción, la timidez y los sentimientos de irrealidad. Varios déficits cognitivos, como la falta de concentración, también se denominan “ansiedad”. Además, el término ha estado indisolublemente ligado a la variedad de términos que describen estados emocionales depresivos. El surgimiento de calificadores teóricos y descriptivos (p. ej., “inconsciente”, “consciente”, “cognitivo”, “somático”, “flotante”, “ligado”, “señal”) produce más confusión. Por esta razón, no sorprende la dificultad para establecer distinciones precisas entre los términos relacionados con la ansiedad en inglés.

Este estado de confusión ha hecho que algunos propongan que abandonemos la palabra por completo, ya que es tan imprecisa que no es científica (Sabin, 1964). De hecho, Sabin y otros constructivistas sociales como Hallam (1985) han propuesto nuevas formas de pensar sobre el concepto. Por ejemplo, Hallam ha sugerido que la ansiedad es esencialmente una construcción profana que puede referirse a puntos de referencia cognitivos y somáticos muy diferentes de una persona a otra. Para los constructivistas sociales, la ansiedad se considera mejor como una metáfora. Por el momento, me olvido de mis propias definiciones de los términos cruciales “ansiedad”, “miedo”, “pánico”, “aprensión”, etc.; Explico estos términos en puntos apropiados en capítulos posteriores.

Ser y Prepararse

La Sra. Thayer no puede encontrar la razón de su pánico hasta que decide, después de reflexionar, que la causa es el sonido incesante de la tormenta. Por eso, muchos dirían que su experiencia es de ansiedad más que de miedo, aunque desde los años 80 muchos emplearían el término “pánico” como ella misma lo hace. Pero, ¿cuál podría ser el propósito de esta experiencia? Si el miedo y el pánico darwinianos facilitan la supervivencia, ¿cuál es el propósito de la “ansiedad” en el uso tradicional del término, donde no hay nada que temer? Los filósofos preocupados por la búsqueda de pistas a menudo han decidido que hay algo muy valioso en esta experiencia, que puede conducirnos, de manera irónica, a un mayor sentido de realización y actualización.

Kierkegaard (1844/1944) fue uno de los primeros en hacer esta sugerencia cuando decidió que la fuente de la ansiedad está en lo más profundo del individuo. La ansiedad, pensó Kierkegaard, tiene sus raíces no solo en el miedo a la muerte, sino en el miedo a la inexistencia, al no ser o a la nada. Solo reconociendo y confrontando este miedo a convertirse en nada, solo a

través de la amenaza de disolución del yo, se puede descubrir verdaderamente la esencia del ser. Solo a través de esta experiencia se puede lograr una clara distinción del yo de otros

objetos o del no-ser.

Otros teóricos y clínicos bien conocidos se han decidido por una causa similar para la ansiedad difusa y sin objeto. Por ejemplo, Rollo May (1979) ha propuesto:

[La ansiedad es] la aprensión provocada por una amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia como personalidad. La amenaza puede ser para la vida física (amenaza de muerte) o para la existencia psicológica (pérdida de libertad, falta de sentido). O la amenaza puede ser a algún otro valor que uno identifica con la propia existencia (patriotismo, el amor de otra persona, "éxito", etc.). (pág. 180)

En el sentido de que esta confrontación resulta en un mayor nivel de existencia y una mayor apreciación de lo que es estar vivo, esto puede representar la sombra de la inteligencia, y el propósito y significado de la ansiedad.

Tal como lo vio Freud, la angustia puede ser desencadenada por la activación de amenazas elementales para el niño, que se almacenan profundamente en la memoria y se provocan en el adulto mediante una variedad de asociaciones aprendidas (Freud, 1926/1959; Michels, Frances y Shear, 1985). ; Shear, Cooper, Klerman y Busch, 1993). En este sentido, la ansiedad se relaciona con la persistencia de situaciones de peligro recordadas que parecían reales en una etapa anterior del desarrollo. Por ejemplo, los temores de castración o separación inmaduros desde el punto de vista del desarrollo pueden ser activados por la aparición de un deseo asociado o por la ocurrencia de una situación vinculada simbólicamente presente en el entorno de uno. La ansiedad funciona para advertir de una situación de peligro potencial y desencadena el reclutamiento de mecanismos de protección psicológicos internos y/o externos. La

institución de mecanismos de defensa psicológica efectivos sirve a los propósitos adaptativos de proteger la integridad del individuo y permitir un nivel de funcionamiento más alto y más

problemático. La ansiedad también puede ser adaptativa al buscar ayuda de otros cuando hay un problema real.

La experiencia de la ansiedad

9

peligro. A veces, las reacciones defensivas son inadecuadas y conducen a la formación de síntomas. Estos pueden incluir síntomas fóbicos o compulsivos que están relacionados simbólicamente con los deseos o miedos inconscientes que han generado la ansiedad. Los aspectos contraproducentes de la ansiedad se elaboran más adelante.

Freud vería la tormenta embravecida y el ruido incesante de la ventisca de la Sra. Thayer como estímulos sensoriales indicativos de una amenaza real. La ansiedad se produce como reacción a la posibilidad de verse abrumado por esta amenaza y quedar indefenso. La sensación de máxima separación y aislamiento que uno solo puede experimentar solo en una ventisca también puede evocar recuerdos de miedos infantiles a la separación. Para la Sra. Thayer, este doble desafío conduce a la aparición de niveles inmanejables de ansiedad y un fuerte impulso primitivo de encontrar algún contacto humano.

Pero incluso estas ideas populares y aún vigentes probablemente no captan el significado de Liddell (1949) cuando habló de la ansiedad como la sombra de la inteligencia. Aunque Liddell estaba hablando de la experiencia humana, sus exploraciones científicas se referían al desarrollo de la ansiedad patológica en los animales. En sus experimentos más famosos, produjo lo que se denominó "neurosis experimental" (véase el capítulo 8). Una consecuencia de la neurosis experimental es que los animales se vuelven más atentos a las amenazas futuras. Liddell teorizó que la vigilancia tiene consecuencias positivas además de simplemente ayudar al animal a notar más rápidamente la próxima amenaza a su bienestar. Observó que los

al animal a notar más rápidamente la próxima amenaza a su bienestar. Observe que los animales vigilantes parecen estar condicionados o aprender más fácilmente. Vigilancia, por lo tanto, que Liddell supuso que era la contrapartida animal de la ansiedad, puede producir más aprendizaje y, por lo tanto, animales más inteligentes. Pero es el tipo de aprendizaje lo que es particularmente importante. El animal vigilante, ocupado como está con la amenaza futura, está preocupado por lo que va a suceder en el futuro inmediato. En un sentido muy elemental, el animal está planificando ese futuro al orientarse hacia el futuro mejor caracterizado por la pregunta "¿Qué sucede después?". La función de planificación es evidente. En los humanos, esto es extremadamente adaptativo. Liddell sugirió que la planificación efectiva para el futuro y el disfrute retrospectivo de los logros pasados son los medios por los cuales los seres humanos construyen la cultura. La capacidad de experimentar ansiedad y la capacidad de planificar son, por tanto, dos caras de la misma moneda. Es en este sentido que la angustia acompaña a la actividad intelectual como su sombra.

Cualquiera que haya tenido éxito en cualquier tarea, por pequeña que sea, probablemente haya experimentado algún aspecto de esta fascinante y misteriosa cualidad de la ansiedad. Porque sabemos desde hace casi 100 años que nuestro desempeño físico e intelectual es impulsado y mejorado por la experiencia de la ansiedad, al menos hasta cierto punto. En 1908, Yerkes y Dodson demostraron esto en el laboratorio al demostrar que el desempeño de los animales en una tarea simple era mejor si se les ponía "moderadamente ansiosos" que si no experimentaban ningún tipo de ansiedad. Desde entonces, se han hecho observaciones similares sobre el desempeño humano en una amplia variedad de situaciones y contextos. Sin ansiedad, poco se lograría. El desempeño de atletas, animadores, ejecutivos, artesanos y estudiantes sufriría; la creatividad disminuiría; los cultivos podrían no ser sembrados. Y todos lograríamos ese estado idílico buscado durante mucho tiempo en nuestra sociedad acelerada de pasar el rato bajo la sombra de un árbol. Esto sería tan mortal para la especie como una guerra nuclear.

En resumen, varios siglos de pensamiento de fuentes muy diversas han enfatizado la importancia de la ansiedad para la creatividad, la inteligencia y la supervivencia misma. Pero es poco probable que la Sra. Thayer, atrapada en su cabaña en el océano en el punto álgido de una tormenta, llegue a considerarlo una experiencia de crecimiento. Para ella en su escenario ficticio, así como para innumerables millones de personas en el curso de su existencia cotidiana, es una lucha dramática de vida o muerte con la posibilidad siempre presente de que

la muerte puede ganar. Y hay evidencia de que la muerte gana en ocasiones, como resultado de las consecuencias acumulativas de la ansiedad.

EL ESPECTRO DE LA MUERTE

La paradoja neurótica

En 1950, O. Hobart Mowrer describió un misterio:

[Es] el problema absolutamente central en la neurosis y la terapia. Formulado de la manera más simple, es una paradoja: ¡la paradoja del comportamiento que es al mismo tiempo autoperpetuante y contraproducente! . . . El sentido común sostiene que un hombre normal, sensato, o incluso una bestia en los límites de su inteligencia, sopesará y sopesará las consecuencias de sus actos: si el efecto neto es favorable, la acción que lo produce se perpetuará; y si el efecto neto es desfavorable,

la acción que lo produce será inhibida, abandonada. En la neurosis, sin embargo, se ven acciones que tienen consecuencias predominantemente desfavorables; sin embargo, persisten durante un período de meses, años o toda la vida. (pág. 486)

Esta paradoja se ve a diario en las clínicas de todo el mundo. Considere el caso de John Madden, el conocido locutor deportivo estadounidense y ex entrenador de fútbol profesional, quien ha escrito mucho sobre su ansiedad y la usa de manera humorística en varios comerciales de televisión. Aunque Madden ha superado el estigma y la vergüenza que sentiría profundamente cualquier exjugador de fútbol americano de 1,80 m y 260 libras cuyo oficio es ser duro y valiente, no ha superado la ansiedad en sí. En lugar de dedicar unas horas a volar de Nueva York a San Francisco para anunciar el próximo partido de fútbol, debe pasar la mayor parte de su semana en un tren que cruza el país, de hecho, sus temores no se limitan a los aviones, sino que se extienden a todas las situaciones claustrofóbicas.

Aunque Madden siempre estaba tenso en los aviones, originalmente pensó que su tensión era una reacción a la altitud, probablemente los síntomas de una infección del oído interno. Cuando se dio cuenta de que su ansiedad comenzó antes de que despegara el avión, pero después de que la azafata cerrara la puerta, cuestionó su diagnóstico anterior. Un día, mientras volaba por todo el país, experimentó un ataque de pánico particularmente severo, dejó el avión en una parada a medio camino de los Estados Unidos y nunca volvió a volar.

John Madden e incontables millones de otras personas que sufren de trastornos basados en la ansiedad son muy conscientes de que hay poco o nada que temer en las situaciones que les resultan tan difíciles. Por lo tanto, en términos de Mowrer, Madden debería haber sopesado las consecuencias de sus actos hace mucho tiempo y decidió que, dado que volar es la forma más segura de viajar, lo mejor para él sería volar para ahorrarse tiempo y ayudar a mantenerse su lucrativa carrera. Y, sin embargo, no abandona ni puede abandonar su conducta autodestructiva. Se podría decir que si Madden al menos intentara volar, aprendería algo que no parece susceptible a la fuerza racional de la persuasión ni de él mismo ni de los demás, a saber, que volar es seguro.

La naturaleza contraproducente de la ansiedad y sus consecuencias se elabora dramáticamente en la teoría psicoanalítica. Freud vio la ansiedad como la reacción psíquica al peligro. Una situación puede definirse como peligrosa si amenaza a una persona con impotencia ante la amenaza. Los peligros del mundo exterior conducen a la angustia realista, y los peligros de la conciencia a la angustia moral; sin embargo, los peligros que rodean la fuerza de las pasiones conducen a la ansiedad neurótica. La ansiedad neurótica se origina a partir de

un deseo instintivo interno que se asocia con una reactivación de una situación de miedo infantil. La generación de angustia en cualquiera de estos ámbitos conduce a la institución de un mecanismo de defensa. Todas las formas de ansiedad ocurren en individuos normales. En el proceso de desarrollo, indi-

La experiencia de la ansiedad

11

Los individuos aprenden a modificar y modular la expresión de la ansiedad desde su forma más perturbadora e intensa hasta una forma imperceptible llamada “señal de ansiedad”. La señal de ansiedad es imperceptible para la persona que la experimenta y tiene el único propósito de desencadenar rápida y eficientemente una reacción defensiva. Por lo tanto, la ansiedad normal está limitada en intensidad y duración y está asociada con defensas adaptativas. La ansiedad es contraproducente o patológica cuando es perceptible, intensa, disruptiva y paralizante, o cuando desencadena procesos defensivos contraproducentes, también llamados “síntomas”. Los

síntomas fóbicos y obsesivos son especialmente comunes en reacción a la ansiedad. Estos síntomas representan un intento insuficiente de evitar una situación de peligro y, por lo general, incorporan elementos del peligro. Por ejemplo, una fobia a los perros puede desarrollarse en relación con la activación de un miedo infantil a la castración. Se desplaza el miedo, pero se conserva el componente agresivo.

En el mundo de Freud, confrontamos nuestros modos infantiles de funcionamiento psicológico. La ansiedad patológica surge en conexión con algunos de nuestros instintos más profundos y oscuros. Antes de Freud, la encarnación del bien y el mal y de los impulsos y prohibiciones se concebía como algo externo y espiritual, generalmente en forma de demonios que se enfrentaban a las fuerzas del bien. Desde Freud, nosotros mismos nos hemos convertido en el campo de batalla de estas fuerzas, y estamos inexorablemente atrapados en la batalla, a veces para bien y a veces para mal.

Mortalidad

Si la ansiedad, en la mente de algunos, es aprensión por enfrentarse a la nada, considere las consecuencias de la ansiedad severa, que ocasionalmente resultan en destrucción física o muerte. Considere al hombre con temores de asfixia tan severos que consume solo alimentos colados y licuados; los resultados pueden ser desnutrición, pérdida de dientes y, finalmente, la muerte. O considere a la mujer con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) que se lava y desinfecta ritualmente los brazos y las piernas durante la mayor parte del día; los resultados pueden ser abrasiones masivas, sangrado y formación de costras.

Enfermedad cardiovascular

Mientras que el comportamiento contraproducente asociado con la ansiedad puede producir ocasionalmente la muerte, las consecuencias a largo plazo de la propia ansiedad pueden acelerar la temida confrontación con la nada. Los estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes hospitalizados (Coryell, Noyes y Clancy, 1982) y ambulatorios (Coryell, Noyes y House, 1986) encontraron una tasa de mortalidad mayor a la esperada en pacientes con diagnósticos originales de trastornos de ansiedad, particularmente el trastorno de pánico. Este exceso de mortalidad se atribuyó principalmente a las enfermedades cardiovasculares y al suicidio. Curiosamente, el exceso de mortalidad por enfermedad cardiovascular en estos estudios se limitó a los hombres con trastorno de pánico. Las tasas de mortalidad esperadas para las mujeres con trastorno de pánico por enfermedad cardiovascular estaban dentro del rango normal.

Estudios prospectivos más recientes, con grupos más grandes de hombres, confirman este hallazgo aterrador. En el primero de estos estudios, Kawachi, Colditz, et al. (1994) examinaron a lo largo del tiempo a un gran grupo de más de 35.000 profesionales de la salud masculinos entre las edades de 42 y 77 años, para evaluar la relación entre la ansiedad y el riesgo de enfermedad coronaria. Los datos se obtuvieron de un estudio a gran escala del envejecimiento normativo. Los hombres con los niveles más altos de ansiedad fóbica tenían un nivel de riesgo

de enfermedad coronaria mortal tres veces mayor que el de los hombres con niveles más bajos de ansiedad. Más importante aún, el riesgo relativo se limitó a los hombres que experimentaron muerte cardíaca súbita en lugar de muerte coronaria no súbita. De hecho, los hombres

con los niveles más altos de ansiedad fóbica tenían un riesgo relativo de muerte súbita seis veces mayor que los hombres con los niveles más bajos de ansiedad. En un segundo estudio, la relación entre los síntomas de ansiedad y la cardiopatía coronaria en más de 2200 hombres residentes de la comunidad de 21 a 80 años de edad reveló un mayor riesgo de enfermedad coronaria mortal que era casi cinco veces mayor que el de los hombres con pocos o ningún síntoma de ansiedad. . Es significativo que este índice de riesgo elevado estuviera presente

incluso después de controlar las variables de confusión (antecedentes familiares de enfermedad cardíaca, tabaquismo, presión arterial, etc.). Un posible mecanismo por el cual la ansiedad podría influir en la función cardíaca es la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca en individuos ansiosos, lo que puede provocar arritmias ventriculares (Kawachi, Sparrow, Vokonas y Weiss, 1995; Zaubler y Katon, 1996).

Suicidio

La muerte por suicidio es un evento asociado con mayor frecuencia a la depresión. Pero Coryell et al. (1986) encontraron que la frecuencia de suicidio en pacientes con trastornos de ansiedad era igual a la frecuencia en grupos emparejados que padecían depresión. ¿Por qué las personas que están ansiosas se suicidarían? Coryell et al. (1986) especularon que los pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad pueden desarrollar posteriormente depresión mayor o alcoholismo como complicación. Pensaron que era posible que estudios anteriores hubieran pasado por alto la ocurrencia de suicidio en pacientes ansiosos porque solo notaron la complicación posterior del alcoholismo o la depresión. Pero si el alcoholismo o la depresión son consecuencia de la ansiedad, entonces el largo camino hacia el suicidio puede comenzar con la ansiedad. Este intrigante estudio inicial no fue muy conocido.

Pero un estudio posterior, publicado por Myrna Weissman y sus colegas en el New England Journal of Medicine, atrajo la atención internacional de las comunidades de salud pública. Este estudio señaló que, según los datos de una encuesta comunitaria, el Área de captación epidemiológica (ECA), estudio que se describe con más detalle a continuación: alrededor del 20% de los pacientes con trastorno de pánico habían realizado un intento de suicidio en algún momento de sus vidas. (Weissman, Klerman, Markowitz y Ouellette, 1989). Este hallazgo fue alarmante para los médicos que trataron el trastorno de pánico. Weissmann et al. (1989) también estuvo de acuerdo con Coryell et al. (1986) que los riesgos de suicidio en pacientes con trastorno de pánico eran comparables a los asociados con depresión mayor. En un informe posterior (Johnson, Weissman y Klerman, 1990),

Este hallazgo se volvió entonces muy controvertido, ya que los médicos tenían dificultad para confirmar la presencia de riesgo suicida en los pacientes con trastorno de pánico bajo su cuidado. Por ejemplo, mis colegas y yo (Friedman, Jones, Chernen y Barlow, 1992) y Beck, Steer, Sanderson y Skeie (1991) examinamos a cientos de pacientes con trastorno de pánico en clínicas ambulatorias y no encontramos un riesgo suicida que parecía estar asociado exclusivamente con el trastorno de pánico. Es decir, cualquier riesgo de suicidio (p. ej., intentos o ideas suicidas) parecía estar presente solo en aquellos pacientes con trastornos adicionales

(como el trastorno límite de la personalidad). Por ejemplo, Beck et al. (1991) que los intentos de suicidio 900 pacientes ambulatorios con trastorno de pánico, todos los intentos de suicidio se atribuyeron a un trastorno depresivo comórbido. Esto estaba en contradicción directa con el estudio de una gran comunidad informado por Weissman et al. (1989).

¿Qué explica estas marcadas discrepancias? Por supuesto, el método de evaluación y el tipo de entrevista utilizados en los estudios diferían considerablemente, al igual que las poblaciones estudiadas. Los individuos del estudio de ECA provenían de una muestra aleatoria de la comunidad. Las muestras clínicas consistieron en pacientes que buscaban tratamiento. Por lo tanto, es posible que el estudio de la ECA haya incluido a personas que no solo no recibieron tratamiento para el trastorno de pánico, sino que también desconocían la posibilidad de tratamiento para este trastorno. Como resultado, es posible que se hayan vuelto desesperados y hayan comenzado a pensar en el suicidio. Todos los pacientes de las clínicas, por otro lado, estaban debidamente diagnosticados y a punto de recibir tratamiento. Por otro lado, Beck et al. (1991) y nuestro grupo (Friedman et al., 1992) también verificó los intentos de suicidio a lo largo de la vida en las muestras clínicas y no encontró un riesgo elevado en ningún momento, lo que incluiría períodos previos a la búsqueda de tratamiento. Además, Hornig y McNally (1995) observaron más de cerca los datos originales de ECA de los estudios de Weissman y colegas, y sugirieron después de análisis adicionales que el riesgo elevado de suicidio se asociaba con diagnósticos de comorbilidad, si los datos sobre comorbilidad se analizaban en el mismo nivel, agregado en lugar de por trastorno comórbido individual.

La discrepancia sigue siendo un misterio, pero ahora han aparecido otros estudios que continúan alarmando a los médicos. Por ejemplo, Noyes (1991) revisó una serie de estudios iniciales, muchos de los cuales examinaban las relaciones de los intentos de suicidio con los trastornos de ansiedad en general, y concluyó que había un riesgo elevado. En un amplio e importante estudio, Allgulander y Lavori (1991) examinaron a más de 3.000 pacientes hospitalizados en Suecia con neurosis de ansiedad “pura” (es decir, sin depresión comórbida u otros diagnósticos). Llegaron a la conclusión de que el riesgo de suicidio consumado en estos pacientes era tan alto como el de las personas con depresión. En un estudio de seguimiento, Allgulander (1994) amplió su investigación a casi 10, 000 pacientes con trastornos de ansiedad y concluyó que el riesgo de consumir el suicidio antes de los 45 años entre hombres y mujeres con trastornos de ansiedad sin otros diagnósticos psiquiátricos era entre 4,9 y 6,7 veces mayor que el riesgo en la población general. Examinando el tema desde otra perspectiva, Norton, Rockman, Luy y Marion (1993) notaron que los pacientes con trastornos por uso de sustancias y el trastorno de pánico que lo acompaña tenían un riesgo sustancialmente mayor de intentar

suicidarse que aquellos individuos con trastornos por uso de sustancias sin trastorno de pánico: un hallazgo también informado por Hornig y McNally (1995). Aunque quedan muchas preguntas y se requieren más análisis, la evidencia converge de que la experiencia de ansiedad y pánico puede aumentar la probabilidad de terminar con la vida. 7 veces mayor que el riesgo en la población general. Examinando el tema desde otra perspectiva, Norton, Rockman, Luy y Marion (1993) notaron que los pacientes con trastornos por uso de sustancias y el trastorno de pánico que lo acompaña tenían un riesgo sustancialmente mayor de intentar suicidarse que aquellos individuos con trastornos por uso de sustancias sin trastorno de pánico: un hallazgo también informado por Hornig y McNally (1995). Aunque quedan muchas preguntas y se requieren más análisis, la evidencia converge de que la experiencia de ansiedad y pánico puede aumentar la probabilidad de terminar con la vida. y Marion (1993) notaron que los pacientes con trastornos por uso de sustancias y el trastorno de pánico que lo acompaña tenían un riesgo sustancialmente mayor de intento de suicidio que aquellos individuos con trastornos por uso de

sustancialmente mayor de intento de suicidio que aquellos individuos con trastornos por uso de

sustancias sin trastorno de pánico, un hallazgo también informado por Hornig y McNally (1995). Aunque quedan muchas preguntas y se requieren más análisis, la evidencia converge de que la experiencia de ansiedad y pánico puede aumentar la probabilidad de terminar con la vida. y Marion (1993) notaron que los pacientes con trastornos por uso de sustancias y el trastorno de pánico que lo acompaña tenían un riesgo sustancialmente mayor de intento de suicidio que aquellos individuos con trastornos por uso de sustancias sin trastorno de pánico, un hallazgo también informado por Hornig y McNally (1995). Aunque quedan muchas preguntas

y se requieren más análisis, la evidencia converge de que la experiencia de ansiedad y pánico puede aumentar la probabilidad de terminar con la vida.

Ansiedad y abuso/dependencia de sustancias

El suicidio puede ser una consecuencia extrema de la experiencia de ansiedad, pero la evidencia indica que otro tipo de comportamiento autodestructivo no lo es. Una serie de investigaciones sugiere que la relación de los trastornos por uso de sustancias, particularmente el abuso y la dependencia del alcohol, con los trastornos de ansiedad es sorprendentemente alta. En un estudio anterior, Quitkin, Rifkin, Kaplan y Klein (1972) informaron con cierto detalle sobre 10 pacientes con trastornos de ansiedad que también sufrían complicaciones graves por la dependencia de las drogas y el alcohol. Las sugerencias importantes de Quitkin et al. (1972) fue que los pacientes que presentan dependencia de sustancias bien pueden estar automedicándose un trastorno de ansiedad. Por lo tanto, cualquier programa de tratamiento para personas con trastornos por uso de alcohol u otras sustancias debe enfocarse en esta ansiedad para que el programa tenga éxito, así como para prevenir una recaída.

Aunque esta ha sido siempre una observación clínica común, un estudio de Mullaney y Trippett (1979) atrajo nueva atención a esta complicación potencialmente grave de la ansiedad. Descubrieron que el 33% de 102 personas con dependencia del alcohol también tenían

TRASTORNOS

agorafobia severa e incapacitante y/o fobia social. Además, otro 35% presentaba versiones leves de las mismas fobias. Así, más del 60% de un gran grupo de pacientes ingresados en una unidad de tratamiento del alcoholismo presentaba trastornos de ansiedad identificables de diversa gravedad (en este caso, fobias). Smail, Stockwell, Canter y Hodgson (1984) exploraron esta misma pregunta de una manera particularmente sistemática y hábil. Encontraron resultados similares aunque algo menos dramáticos. En concreto, el 18% de un grupo de 60 pacientes que presentaban dependencia del alcohol presentaban también agorafobia severa y/o fobia social, y otro 35% presentaba versiones leves de las mismas fobias. Una vez más, más de la mitad (53%) de un grupo de personas dependientes del alcohol tenían trastornos fóbicos identificables.

Desde ese momento, los estudios que utilizan criterios aún más conservadores también han informado un rango bastante alto de 25% a 45% de pacientes con problemas graves de consumo de alcohol que presentan uno o más trastornos de ansiedad (p. ej., Chambless, Cherney, Caputo y Rheinstein, 1987 ; Kushner, Sher y Beitman, 1990; Mullan, Gurling, Oppenheim y Murray, 1986; Bowen, Cipywnyk, D'Arcy y Keegan, 1984; Powell, Penick, Othmer, Bingham y Rice, 1982; Weiss y Rosenberg , 1985). Además, Cox, Norton, Dorward y Fergusson (1989) encontraron que más del 50% de un grupo de pacientes hospitalizados con diagnósticos relacionados con el alcohol informaron al menos un ataque de pánico en las 3 semanas anteriores. Más del 80% de estos pacientes informaron que usaban alcohol para automedicarse sus ataques de pánico.

Los estudios mencionados anteriormente analizaron la incidencia de trastornos de ansiedad en individuos diagnosticados con trastornos relacionados con el alcohol. Otro enfoque consiste en examinar la incidencia del alcoholismo en pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad. Otto, Pol-lack, Sachs, O'Neil y Rosenbaum (1992) encontraron que el 24% de 100 pacientes con trastorno de pánico presentaban antecedentes de dependencia del alcohol. Thyer, Parrish y col. (1986) encontraron que 27 de 156 pacientes con trastornos de ansiedad, o el 17,3%, puntuaron en el rango "alcohólico" en la prueba de detección de alcoholismo de Michigan. Bibb y Chambless (1986) también encontraron que del 10% al 20% de las personas con agorafobia abusaban del alcohol.

La pregunta obvia es esta: ¿Qué viene primero, la ansiedad o el problema del uso de sustancias? Varios investigadores han analizado este tema y la evidencia emergente sugiere que existe una relación compleja (Kushner, Sher y Beitman, 1990; Kushner, Abrams y Borchardt, 2000). Algunos estudios retrospectivos indican que, en la mayoría de los casos, la ansiedad severa precede al inicio del consumo de alcohol o de abuso de sustancias (Chambless et al., 1987; Mullaney & Trippett, 1979; Smail et al., 1984). Otros estudios sugieren que el alcoholismo antecede sistemáticamente al desarrollo de la ansiedad (Mullan et al., 1986; Kushner, Sher y Beitman, 1990).

La cuidadosa revisión de Kushner, Sher y Beitman (1990) de estudios realizados antes de ese momento sugiere que parte de la respuesta a estos resultados discrepantes puede deberse a diferentes patrones de problemas de consumo de alcohol asociados con trastornos de ansiedad específicos. En los trastornos fóbicos (particularmente agorafobia y fobia social), los problemas de consumo de alcohol parecen seguir el desarrollo de los trastornos y comenzar, tal vez, con

intentos de automedicación de los síntomas fóbicos y de ansiedad. Los trastornos sin componentes fóbicos sustanciales (como el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada [TAG]), por otro lado, pueden ser más probables como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Kushner, Sher, y Beitman (1990) también informaron que la incidencia de problemas con el consumo de alcohol era mayor en pacientes con trastornos fóbicos que en pacientes con trastornos de ansiedad sin componentes fóbicos sustanciales. En una revisión posterior, Kushner et al. (2000) confirmaron que los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de alcohol pueden servir para iniciar al otro, y que la ansiedad contribuye al mantenimiento y la recaída de los trastornos por consumo de alcohol.

Así, varios estudios han demostrado una incidencia elevada de problemas de consumo de alcohol en pacientes con trastornos de ansiedad, en particular trastornos fóbicos; y los estudios también han sugerido una mayor incidencia de ansiedad y pánico en poblaciones que sufren de abuso de sustancias.

problemas de uso. Pero las cifras difieren sustancialmente de un estudio a otro, así como entre muestras comunitarias evaluadas mediante métodos epidemiológicos adecuados y muestras clínicas. Algunos investigadores que revisaron la literatura incluso encontraron poca evidencia de un mayor riesgo de verdaderos trastornos de ansiedad entre las personas con dependencia del alcohol, y concluyeron que la mayoría de los estudios anteriores tenían una metodología defectuosa (Schuckit y Hesselbrock, 1994). Sin embargo, más recientemente, un importante estudio realizado por destacados epidemiólogos de todo el mundo ha arrojado algo de luz sobre las complejidades y contradicciones mencionadas anteriormente.

Swendsen et al. (1998) examinaron la comorbilidad del alcoholismo con los trastornos de ansiedad y depresión en cuatro investigaciones epidemiológicas diferentes realizadas en diversos lugares geográficos. Este estudio es digno de mención porque las cuatro investigaciones epidemiológicas son bien conocidas por haber utilizado una metodología "de última generación" y porque los resultados fueron relativamente consistentes en diferentes partes del mundo. Esta coherencia proporciona las primeras respuestas definitivas a las preguntas sobre la relación entre el abuso y la dependencia de sustancias y los trastornos de ansiedad y depresión mencionados anteriormente.

Los cuatro estudios epidemiológicos utilizados fueron el estudio ECA mencionado anteriormente, en el que se tomaron muestras de más de 12 000 residentes comunitarios en cinco áreas geográficas diferentes de los Estados Unidos (excluidos los individuos institucionalizados); la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS), una muestra probabilística sofisticada de más de 8,000 residentes comunitarios no institucionalizados; un estudio epidemiológico de Puerto Rico, que consistió en una muestra estratificada de toda la isla, arrojando más de 1,500 residentes elegibles; y un estudio de cohorte de adultos jóvenes en Zúrich, Suiza, donde se entrevistó a casi 600 residentes del cantón de Zúrich. Los datos de la comorbilidad del alcoholismo con trastornos específicos de ansiedad o depresión se presentan en la Tabla 1.2. Estos datos indican claramente que la probabilidad (odds ratio) de presentar abuso o dependencia del alcohol en los últimos 12 meses es de dos a tres veces mayor si las

personas también han tenido un trastorno depresivo o de ansiedad en algún momento de sus vidas que si no han hecho. Estos cocientes de probabilidades representan elevaciones de riesgo estadísticamente significativas. Además, es probable que estas proporciones estén subestimadas, ya que el TAG, el TOC y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) no se incluyeron en estos análisis.

Swendsen et al. (1998) también intentaron conocer el orden de aparición del alcoholismo en relación con los trastornos de ansiedad o depresivos. Este análisis confirmó los hallazgos de

en relación con los trastornos de ansiedad o depresivos. Este análisis confirmó los hallazgos de Kushner, Sher y Beitman (1990), en el sentido de que no se observó un patrón consistente o distintivo con respecto al inicio del alcoholismo en relación con los trastornos no fóbicos de depresión mayor, distimia o trastorno de pánico; es decir, a veces venía primero el alcoholismo, y otras veces venía primero la ansiedad o el trastorno depresivo. Por el contrario, hubo pruebas sólidas de que las fobias precedieron al desarrollo del abuso o la dependencia del alcohol. Estos datos se presentan claramente en la Tabla 1.3. Se proporcionan valores para la proporción de sujetos con inicio de alcoholismo ya sea anterior, concomitante o posterior al inicio de los trastornos de ansiedad o depresivos. Por ejemplo, para los trastornos depresivos comórbidos y el alcoholismo en el estudio ECA, el 45 % de la muestra comórbida desarrolló primero el alcoholismo, el 10 % desarrolló los trastornos al mismo tiempo y el 45 % desarrolló primero los trastornos depresivos. Para las fobias y el alcoholismo en el estudio de la ECA, en cambio, el 13,1% desarrolló primero el alcoholismo y el 83% desarrolló primero los trastornos fóbicos.

Los investigadores concluyen que, dado que el alcoholismo, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los trastornos psicológicos más frecuentes en las muestras de la comunidad, el hecho de que con frecuencia coexistan es motivo de gran preocupación para los médicos y los funcionarios de salud pública. Además, mientras que el orden de inicio del alcoholismo y los trastornos depresivos o de ansiedad no fóbicos es inconsistente, surge una

fuerte relación para el alcoholismo después del inicio de los trastornos fóbicos. Por lo tanto, el trastorno de pánico o TAG podría ocurrir como consecuencia del alcoholismo o como consecuencia de los intentos de automedicación del pánico y la ansiedad. Para los trastornos fóbicos,

TABLA 1.2. Odds ratios de comorbilidad de dependencia/abuso de alcohol en los 12 meses previos con trastornos depresivos y de ansiedad de por vida, teniendo en cuenta la edad, el sexo y la educación (datos ponderados)

	ECA		SNC		Puerto Rico		Zúrich	
	IC del 95				IC del 95		IC del 95	
	O	%	O	IC del 95 %	O	%	O	%
Comorbilidad del abuso de alcohol y/o dependencia con . . .								
Depresión mayor	3.01*	2,89–3,12	2.27*	1.73–2.99	1.25	0,46–3,41	4.77*	1.72–13.22
distimia	1.67*	1,58–1,71	2.45*	1.19–5.06	1.36	0,42–4,40	4.53	0,86–23,95
Cualquier trastorno depresivo ^a								
Agorafobia	~~2.69*~~	~~2,63–2,98~~	~~2.38*~~	~~1.39–4.06~~	~~2.88*~~	~~0,83–10,09~~	~~4.48*~~	~~1,08–14,53~~
fobia simple	1,95*	1,91–1,99	2,91*	2,08–4,06	1,79	0,84–3,86	3,27	0,99–10,82
Fobia social	1,81*	1,01–3,26	2,20*	1,49–3,25	0,87	0,12–10,98	2,96	0,32–27,09
cualquier fobia ^b	1,95*	1,92–1,99	2,40*	1,79–3,22	3,46*	1,85–6,48	4,23*	1,05–17,01
Trastorno de pánico	4,06*	3,90–4,22	1,21	0,77–1,90	0,40	0,49–12,68	4,08	0,79–21,18
Cualquier trastorno de ansiedad ^C	2,10*	2,06–2,14	2,38*	1,77–3,19	3,26*	1,78–5,99	2,32*	1,02–5,29

Nota. OR, razón de probabilidades; IC, intervalo de confianza. Swendsen et al. (1998). Copyright 1998 de WB Saunders Company. Reimpreso con permiso.

^aCualquier depresión mayor o distimia.
^bCualquier agorafobia, fobia simple o fobia social.
^CCualquier agorafobia, fobia simple, fobia social o trastorno de pánico.
*p < .05 (dos colas).

por otro lado, la hipótesis de la automedicación recibe un fuerte apoyo y subraya el riesgo en los trastornos fóbicos de desarrollar abuso o dependencia de sustancias.

Los pacientes con trastornos de ansiedad que también sufren abuso o dependencia del alcohol generalmente presentan una ansiedad más severa (Chambless et al., 1987; Woodruff, Guze y Clayton, 1972). Los períodos de abstinencia parecen resultar en una mejora general del miedo y la ansiedad en muchos pacientes (p. ej., Stockwell, Smail, Hodgson y Canter, 1984). Por lo tanto, contrariamente al mito, el alcohol no necesariamente reduce la ansiedad y el miedo a largo plazo y, de hecho, puede empeorarlos (Thyer y Curtis, 1984). Ya sea que los trastornos de ansiedad precedan a los trastornos por uso de sustancias o los sigan, el consumo de alcohol (o drogas) parece tener un efecto nocivo sobre el estado de ánimo, creando un círculo vicioso. (Kushner et al., 2000; Kushner, Sher y Erickson, 1999). Este hallazgo está muy claramente subrayado en los datos epidemiológicos de Swendsen et al. (1998). Tabla 1. 4 presenta aumentos en los síntomas de ansiedad y depresión asociados con el abuso o dependencia de alcohol comórbido. Aunque hubo poco o ningún impacto del alcoholismo en los síntomas de los trastornos fóbicos, el alcoholismo comórbido aumentó sustancialmente otros síntomas depresivos y de ansiedad en algunos casos. Por el contrario, la presencia de cualquier trastorno de ansiedad o depresión se asoció significativamente con aumentos moderados en el número de síntomas de abuso o dependencia del alcohol. Entre los trastornos de ansiedad, este efecto fue más notable para el trastorno de pánico, con un aumento de 0,48 (ECA) o 0,60 (NCS) en el número de síntomas de alcohol sobre lo que se esperaría solo del abuso o dependencia del alcohol. Aunque hubo poco o ningún impacto del alcoholismo en los síntomas de los trastornos fóbicos, el alcoholismo comórbido aumentó sustancialmente otros síntomas depresivos y de ansiedad en algunos casos. Por el contrario, la presencia de cualquier

trastorno de ansiedad o depresión se asoció significativamente con aumentos moderados en el número de síntomas de abuso o dependencia del alcohol. Entre los trastornos de ansiedad, este efecto fue más notable para el trastorno de pánico, con un aumento de 0,48 (ECA) o 0,60 (NCS) en el número de síntomas de alcohol sobre lo que se esperaría solo del abuso o dependencia del alcohol. Aunque hubo poco o ningún impacto del alcoholismo en los síntomas de los trastornos fóbicos, el alcoholismo comórbido aumentó sustancialmente otros síntomas depresivos y de ansiedad en algunos casos. Por el contrario, la presencia de cualquier trastorno de ansiedad o depresión se asoció significativamente con aumentos moderados en el número de síntomas de abuso o dependencia del alcohol. Entre los trastornos de ansiedad, este efecto fue más notable para el trastorno de pánico, con un aumento de 0,48 (ECA) o 0,60 (NCS) en el número de síntomas de alcohol sobre lo que se esperaría solo del abuso o dependencia del alcohol. la presencia de cualquier trastorno de ansiedad o depresión se asoció significativamente con aumentos moderados en el número de síntomas de abuso o dependencia del alcohol. Entre los trastornos de ansiedad, este efecto fue más notable para el trastorno de pánico, con un aumento de 0,48 (ECA) o 0,60 (NCS) en el número de síntomas de alcohol sobre lo que se esperaría solo del abuso o dependencia del alcohol. la presencia de cualquier trastorno de ansiedad o depresión se asoció significativamente con aumentos moderados en el número de síntomas de abuso o dependencia del alcohol. Entre los trastornos de ansiedad, este efecto fue más notable para el trastorno de pánico, con un aumento de 0,48 (ECA) o 0,60 (NCS) en el número de síntomas de alcohol sobre lo que se esperaría solo del abuso o dependencia del alcohol.

Un estudio prospectivo reciente, el primero de su tipo, ha confirmado que las probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad comórbido en el contexto de un trastorno

por consumo de alcohol existente (trastorno por consumo de alcohol que conduce a un trastorno de ansiedad) o viceversa (trastorno de ansiedad que conducen al trastorno por consumo de alcohol) son de 3,5 a 5 veces más de lo que serían en ausencia de un trastorno preexistente (Kushner, Sher y Erickson, 1999).

TABLA 1.3. Estimaciones retrospectivas del orden de aparición del abuso/dependencia del alcohol con trastornos de ansiedad y depresión

Edad de comienzo	Trastornos depresivos ^a			Fobias ^b			Pánico		
	ECA	SNC	Puerto Rico	ECA	SNC	Puerto Rico	ECA	SNC	Puerto Rico
A < B	45,0%	54,9%	40,0%	13,1%	19,0%	27,3%	45,2%	62,3%	33,3%
A = B	10,0%	10,7%	20,0%	3,2%	4,2%	9,1%	10,2%	5,1%	16,7%
A > B	45,0%	34,4%	40,0%	83,0%	76,7%	63,6%	44,5%	32,7%	50,0%
Número total	174	441	15	315	585	33	23	96	6

Nota. A, alcoholismo; B, trastorno índice. De Swendsen et al. (1998). Copyright 1998 de WB Saunders Company. Reimpreso con permiso.

^aCualquier depresión mayor o distimia.

^bCualquier agorafobia, fobia simple o fobia social.

Por lo tanto, la ansiedad y el pánico, cuando se automedican con alcohol, dan como resultado una espiral autodestructiva descendente cada vez mayor, no solo por los efectos de la adicción al alcohol (o las drogas), sino también por los efectos exacerbantes de las drogas en el cuerpo. ansiedad y pánico. (Kushner et al., 2000). Puede ser esta complicación, junto con el desarrollo de la impotencia y la depresión, lo que conduce al aumento del riesgo de suicidio en pacientes con ansiedad (Coryell et al., 1986; Norton et al., 1993).

Además, el alcohol no es la única sustancia que tiene una asociación notable con la ansiedad. Existe una creciente literatura sobre la fuerte asociación entre el uso de cocaína y al menos un trastorno de ansiedad: el trastorno de pánico (Louie et al., 1996; Bystritsky, Ackerman, & Pasnau, 1991). En un informe (Louie et al., 1996), 86 pacientes informaron haber desarrollado ataques de pánico después de un uso significativo de cocaína. Pero el hallazgo más aterrador fue que el trastorno de pánico en toda regla continuó mucho después de dejar de consumir y abusar de la cocaína. Por lo tanto, los ataques de pánico parecen estar relacionados tanto con el uso de cocaína como con el cese abrupto de su uso (casi el 20% de los pacientes informaron que empeoraron inmediatamente después de suspender la cocaína), y el trastorno de pánico y la ansiedad asociada pueden persistir después del cese del uso. La experiencia de estos individuos muestra que la ansiedad y el pánico son un precio muy alto a pagar por el placer momentáneo asociado con la cocaína.

Cirugía

El abuso o la dependencia de sustancias es a menudo un intento autoiniciado de hacer frente a la insoportable experiencia de la ansiedad. En su forma más severa, la parálisis y la autodestrucción asociadas con la ansiedad han llevado a intentos igualmente dramáticos por parte de los profesionales de la salud preocupados por aliviar este sufrimiento. Entre los esfuerzos más desesperados se encuentra la neurocirugía (a veces llamada “psicocirugía”, ya que el objetivo es tratar los trastornos psicológicos) (Jenike et al., 1991; Marks, Birley y Gelder, 1966; Sachdev, Hay y Cumming , 1992; Smith y Kiloh, 1980). Como con cualquier procedimiento quirúrgico importante, la muerte puede ser una complicación. Las causas de muerte suelen ser hemorragia o edema cerebral, aunque la tendencia hacia lesiones más precisas y limitadas ha disminuido considerablemente el riesgo de efectos secundarios graves.

TABLA 1.4. Aumento de los síntomas del trastorno asociados con Abuso/dependencia de alcohol comórbido

Sitio de Estudio	Clase de síntomas	regresión métrica	
		coeficiente	IC del 95 %
ECA	Depresión mayor	.96*	0,87–1,05
	distimia	1.00*	0,91–1,09
	Pánico	.35*	0,29–0,42
	Agorafobia	.01	0,00–0,02
	fobia simple	.01	-01–0.03
	Fobia social	.00	0,00–0,01

SNC	cualquier fobia ^a	.04*	0,01–0,07
	Cualquier ansiedad ^b	.59*	0,49–0,69
	Depresión mayor	.81*	0,71–0,91
	distimia	1.00*	0,90–1,10
	Pánico	.48*	0,36–0,60
	Agorafobia	.07*	0,03–0,11
	fobia simple	.07*	0,03–0,11
	Fobia social	.15*	0,09–0,21
	cualquier fobia ^a	.25*	0,15–0,35
	Cualquier ansiedad ^b	.58*	0,40–0,76

Nota. Modelo global df (ECA) = 5, 12,708; gl del modelo global (NCS) = 6, 8,091. De Swendsen et al. (1998). Copyright 1998 de WB Saunders Company. Reimpreso con permiso.

^aCualquier agorafobia, fobia simple o fobia social.

^bCualquier agorafobia, fobia simple, fobia social o trastorno de pánico.

*p < .05 (dos colas).

Aunque es raro en los Estados Unidos y el Reino Unido, estos procedimientos terapéuticos son bastante estándar en algunos países. Probablemente sea seguro concluir que cientos de miles de pacientes han dado su consentimiento para este tipo de tratamiento quirúrgico, la mayoría de las veces después de que todos los demás tratamientos hayan fracasado. Los procedimientos quirúrgicos se han vuelto muy sofisticados en los últimos años. Para el TOC, la cingulotomía y las lesiones orbitomediales son ahora los procedimientos más comunes. Jenike et al. (1991) y Sachdev et al. (1992) encontraron que entre el 25% y el 40% de los pacientes con TOC muy grave e intratable mostraban alguna mejoría clínicamente útil (véase el Capítulo 15).

PREVALENCIA Y CURSO

La ansiedad mata a relativamente pocas personas, pero muchas más aceptarían la muerte como una alternativa a la parálisis y el sufrimiento resultantes de la ansiedad en sus formas graves. Durante décadas, los estudios han demostrado que millones de personas cada año buscan ayuda para lo que se interpreta ampliamente como "ansiedad" o "nerviosismo". Las estadísticas recopiladas de las oficinas de los médicos de atención primaria de primera línea sorprenden

incluso a los expertos más experimentados en el área. En un estudio inicial del estado de Virginia, los investigadores que estudiaron las razones por las que los pacientes buscaban a sus

Los médicos locales descubrieron que la hipertensión, los cortes y moretones y los dolores de garganta estaban justo detrás de un chequeo médico general como las razones más comunes que motivaban una visita. Muy cerca de estos males comunes estaba la “ansiedad”, ubicándose muy por delante incluso de los resfriados o la bronquitis (Marsland, Wood y Mayo, 1976). Otra encuesta inicial documentó que uno de cada cinco pacientes de atención primaria estaba

encuesta inicial documentó que uno de cada cinco pacientes de atención primaria estaba tomando benzodiazepinas (Wells, Goldberg, Brook, & Fugas, 1986). Este tipo de información explica la alta utilización de la atención médica y los altos costos de la ansiedad en los entornos de atención primaria (p. ej., Greenberg et al., 1999; Simon et al., 1995). De hecho, un estudio reciente documentó que más del 50% del costo estimado de \$1,500+ por individuo que sufre de ansiedad en los Estados Unidos se atribuyó a la utilización de los servicios de atención primaria (Greenberg et al., 1999).

¿Todas las personas con una queja de “ansiedad” o “nervios” que buscan un médico local o un profesional de la salud realmente sufren de ansiedad? ¿Todos los que toman tranquilizantes menores tienen un trastorno de ansiedad claramente definido? La mayoría de los médicos e investigadores adivinarían que estos millones de personas no presentan trastornos de ansiedad claramente identificables, sino una vaga combinación de estrés, adaptación a situaciones familiares o laborales difíciles u otros problemas temporales (p. ej., dificultad para dormir). Durante años fue realmente imposible determinar el número de estas personas que presentaban trastornos de ansiedad. Recientemente, sin embargo, los epidemiólogos han comenzado a emprender esta ardua tarea, que culminó en dos de los estudios más ambiciosos jamás realizados sobre la prevalencia de los trastornos mentales.

Antes de describir estos estudios, es interesante poner los números en contexto. Uno de los primeros estudios que utilizó técnicas de muestreo sofisticadas y actualizadas para estimar la distribución de los miedos y las fobias en la población general fue realizado por Agras, Sylvester y Oliveau (1969). Realizaron una muestra probabilística de la población domiciliaria de una pequeña ciudad de Estados Unidos (Burlington, Vermont), y entrevistaron a las 325 personas que componían la muestra. A partir de este estudio, la prevalencia total estimada de fobias fue del 7,7 %, pero solo el 0,02 % presentó fobias lo suficientemente graves como para provocar una ausencia del trabajo o la incapacidad para realizar tareas domésticas comunes. Los investigadores diagnosticaron agorafobia al 0,06% de la muestra, o 6 de 1.000. Muchos más individuos, acercándose al 50% de la población,

Otro hallazgo importante de este estudio fue que las fobias siguieron un curso prolongado:

muy a menudo, una vez que una persona desarrolló una fobia, la tuvo al menos en una forma leve durante toda su vida. La Figura 1.1 muestra las tasas de incidencia (el comienzo de la fobia) y la prevalencia (la presencia de la fobia) en varias edades dentro de la población. Los hallazgos sobre el curso prolongado de las fobias se confirmaron en un estudio de seguimiento posterior: Agras, Chapin y Oliveau (1972) encontraron muy poca mejoría en individuos con fobias no tratadas seguidos 5 años después del estudio original, particularmente si estaban 20 años o más y si sus fobias fueran más generalizadas. A continuación se presentan datos más recientes que respaldan este hallazgo (Goisman et al., 1998). De hecho, una característica distintiva de los trastornos de ansiedad y los episodios depresivos mayores es que la depresión tiende a remitir temporalmente, ya sea que se trate o no, generalmente en cuestión de meses, con una duración promedio de 9 meses (Barlow y Durand, 1999). Los trastornos de ansiedad, por otro lado, tienden a ser crónicos y permanecer presentes en una forma algo menos severa incluso si se tratan con éxito (Noyes & Clancy, 1976; Noyes, Clancy, Hoenk & Slymen, 1980; Yonkers, Warshaw, Massion & Keller, 1996; Roy-Byrne y Cowley, 1995). Clancy, Hoenk y Slymen, 1980; Yonkers, Warshaw, Massion y Keller, 1996; Roy-Byrne y Cowley, 1995). Clancy, Hoenk y Slymen, 1980; Yonkers, Warshaw, Massion y Keller, 1996; Roy-Byrne y Cowley, 1995).

Dos desarrollos muy importantes hicieron posibles esfuerzos epidemiológicos más sofisticados y de mayor alcance. Primero, los criterios de diagnóstico para los trastornos de

ansiedad se especificaron con mucho mas detalle, lo que permitio una identificacion mas segura de los diversos trastornos de ansiedad.

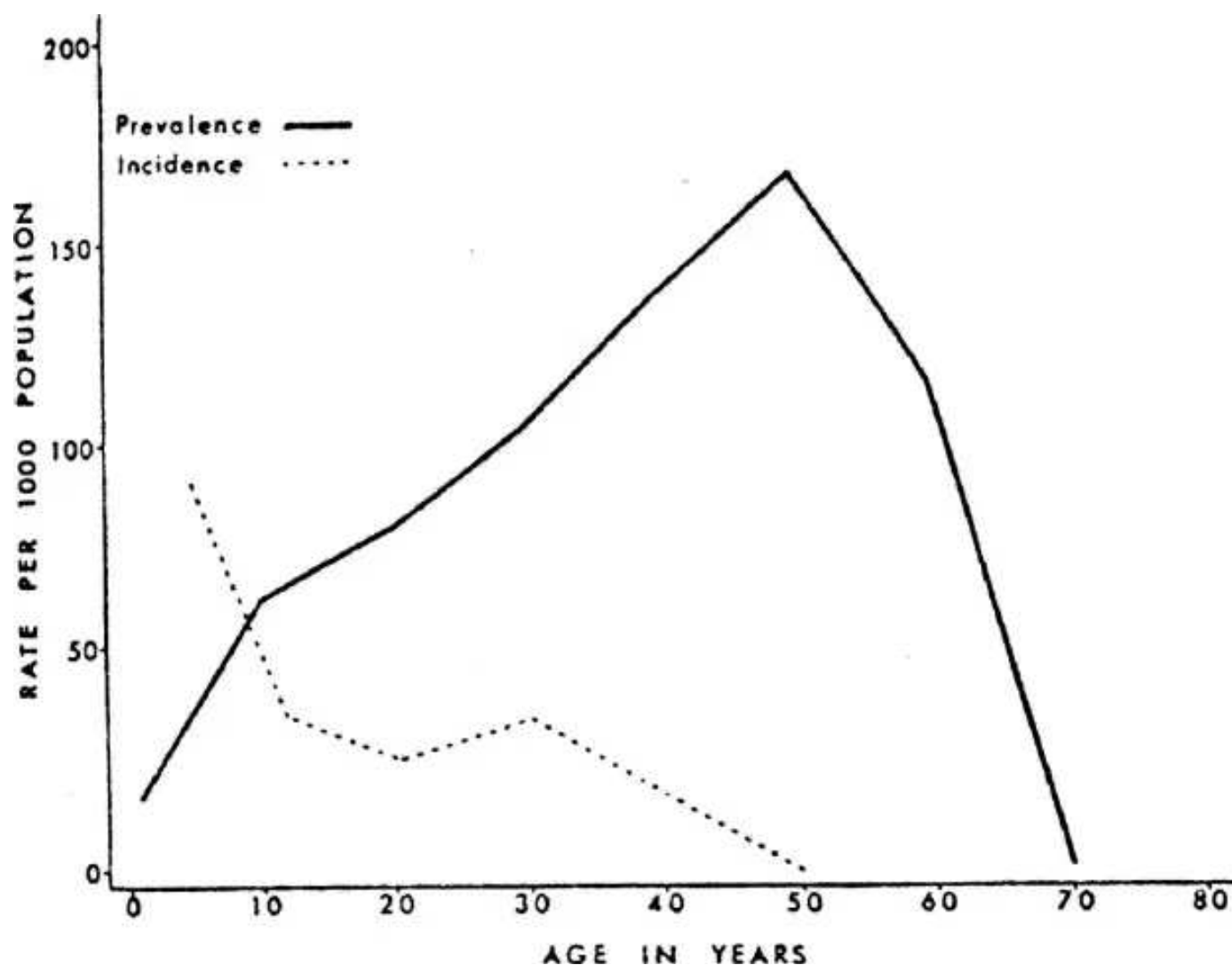


FIGURA 1.1. Tasas de incidencia y prevalencia de las fobias en la población general. de Agras, Sylvester y Oliveau (1969). Copyright 1969 por Grune & Stratton. Reimpreso con permiso.

trastornos En segundo lugar, se diseñaron entrevistas semiestructuradas para asegurar que todos los investigadores cubrieran los mismos puntos esenciales al entrevistar por la presencia de trastornos de ansiedad (u otros) (ver Capítulo 9). Estos desarrollos permitieron un enfoque más estandarizado y objetivo de la cuestión de la frecuencia de trastornos clínicos de ansiedad específicos en la población.

Los datos del estudio ECA, patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental y descrito anteriormente, se recolectaron en cinco sitios diferentes alrededor de los Estados Unidos a partir de 1980. El tamaño de la población de muestra en cada sitio fue de aproximadamente 300,000. Se entrevistó a aproximadamente 12,000 personas en todos los sitios. Una entrevista semiestructurada que arrojó diagnósticos de trastorno de ansiedad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición (DSM-III), fue empleada por personas profanas capacitadas para administrar esta entrevista. Algunos de los resultados para los trastornos de pánico y fóbicos de la primera ola de entrevistas se presentan en las tablas 1.5 y 1.6. Estas tablas presentan resultados para el trastorno de pánico y los tres trastornos fóbicos desglosados por sexo y etnia. Agorafobia, en la Tabla 1.5, se refiere a la agorafobia con y sin ataques de pánico de acuerdo con los criterios del DSM-III anterior. La tabla 1.5 proporciona datos sobre la prevalencia a lo largo de la vida solo para los trastornos fóbicos. Como se puede ver en ambas tablas, las mujeres en este estudio evidenciaron trastornos de pánico y fóbicos en aproximadamente el doble de la tasa de los hombres. A partir de la segunda ola del estudio ECA, también tenemos una estimación de la prevalencia de por vida del TAG del DSM-III del 4,0 % (Blazer, Hughes, George, Schwartz y Boyer, 1991).

El segundo estudio epidemiológico importante, el NCS, mencionado anteriormente, entrevistó una muestra aleatoria de más de 8000 personas no institucionalizadas en los Estados

Unidos. Como se trataba de un estudio posterior, se utilizaron los diagnósticos del DSM-III-R.
Datos que indican la prevalencia

TABLA 1.5. Prevalencia de vida^a de subtipos de fobia por sexo y etnia, en Porcentajes (Errores estándar entre paréntesis)

		Prevalencia de por vida de . .					
		Tamaño de la muestra ^b	Agorafobia		fobia simple		Fobia social
Total		14,436	5.63	(0.29)	11.25	(0.40)	2.73 (0.20)
Ambos sexos							
Blanco		8,501	5.21	(0.31)	10.35	(0.42)	2.68 (0.22)
Negro		4,185	9.19	(1.13)	19.70	(1.55)	3.39 (0.71)
Hispano		1,526	5.37	(1.22)	9.63	(1.59)	2.46 (0.84)
Hombres							
Todos los grupos		6,212	3.18	(0.32)	7.75	(0.49)	2.53 (0.29)
Blanco		3,694	2.85	(0.33)	7.12	(0.51)	2.71 (0.32)
Negro		1,630	5.81	(1.35)	14.06	(2.01)	1.87 (0.78)
Hispano		733	2.90	(1.29)	6.33	(1.88)	1.66 (0.99)
Mujer							
Todos los grupos		8,224	7.86	(0.47)	14.45	(0.61)	2.91 (0.29)
Blanco		4,807	7.38	(0.50)	13.30	(0.65)	2.65 (0.31)
Negro		2,555	12.00	(1.71)	24.38	(2.27)	4.66 (1.11)
Hispano		753	7.74	(2.02)	12.79	(2.52)	3.21 (1.33)

Nota. De Eaton, Dryman y Weissman (1991). Copyright 1991 por The Free Press. Reimpreso con permiso.

^aLos encuestados combinados de cuatro sitios (Baltimore, St. Louis, Durham, Los Ángeles) ponderaron a la población general de EE. UU. por edad, sexo y etnia.

^bLos tamaños de muestra dados son para agorafobia. Para fobia simple, la muestra total fue de 14.429, y para fobia social, el total fue de 14.400.

de los trastornos de ansiedad en este estudio, tanto para los últimos 12 meses como a lo largo de la vida desglosados por sexo, se presentan en la Tabla 1.7. Tenga en cuenta que el total de trastornos de ansiedad durante los últimos 12 meses fue del 17,2 %, con un 24,9 % que informó haber sufrido uno de los trastornos de ansiedad incluidos en este informe durante su vida. Y este total no incluye datos de PTSD u OCD.

A pesar de estas exclusiones, los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes que cualquier otra clase de trastornos en el NCS. Por ejemplo, la prevalencia de 12 meses para los trastornos del estado de ánimo fue del 11,3%. Para los trastornos por uso de sustancias, la prevalencia también fue del 11,3%. Los investigadores señalan que la proporción más alta de prevalencia de trastorno de ansiedad de 12 meses a lo largo de la vida sugiere indirectamente que estos trastornos son más crónicos que los trastornos del estado de ánimo o los trastornos

que estos trastornos son más crónicos que los trastornos del estado de ánimo o los trastornos por uso de sustancias. En un informe posterior, Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson (1995) estimaron la prevalencia de TEPT a lo largo de la vida en el NCS en un 7,8%.

Las comparaciones directas de los resultados de ECA y NCS son interesantes pero algo imprecisas, dados los diferentes criterios de diagnóstico y la metodología algo diferente. La prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos fóbicos proporciona un ejemplo interesante. Para la agorafobia con y sin ataques de pánico, la prevalencia fue del 5,63% en el estudio ECA y del 6,7% en el NCS. Para la fobia social, los resultados muy discrepantes fueron 2,73% en el

estudio ECA y 13,3% en el NCS. Para la fobia simple (ahora conocida como fobia específica), los resultados casi idénticos fueron del 11,25 % en el estudio ECA y del 11,3 % en el NCS (Eaton, Dryman y Weissman, 1991; Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle y Kessler , 1996). Recientemente, D. Regier,

TABLA 1.6. Prevalencia del trastorno de pánico por sexo y etnia

	Tamaño de la muestra	Prevalencia en porcentajes (SE)					
		Un mes		Un año		Toda la vida	
Total	19,498 ^a	0,53	(.07)	0.91	(.10)	1.57	(.13)
Ambos sexos							
Blanco	12,968	0.50	(.08)	0.90	(.11)	1.62	(.14)
Negro	4,668	0,64	(.26)	1.00	(.32)	1.31	(.37)
Hispano	1,604	0.51	(.32)	0,66	(.36)	0.87	(.41)
Hombres							
Todos los grupos	8,375	0.35	(.09)	0.58	(.11)	0.99	(.15) (.dieci
Blanco	5,573	0.33	(.09)	0.58	(.12)	1.02	séis)
Negro	1,855	0.27	(.25)	0.57	(.36)	0.57	(.36)
Hispano	818	0.31	(.36)	0.32	(.36)	0.41	(.41)
Mujer							
Todos los grupos	11,123	0,69	(.12)	1.22	(.dieciséis)	2.10	(.21)
Blanco	7,395	0,65	(.13)	1.20	(.17)	2.17	(.23)
Negro	2,813	0.94	(.42)	1.37	(.51)	1.93	(.60)
Hispano	786	0,69	(.52)	1.00	(.62)	1.31	(.71)

Nota. De Eaton, Dryman y Weissman Editado (1991). Copyright 1991 por The Free Press. Reimpreso con permiso.
^aPara la prevalencia de por vida, el tamaño total de la muestra fue de 19.501. Estos tres casos adicionales también se incluyeron en el cálculo de la prevalencia de por vida para los subgrupos.

W. Narrow y D. Rae (comunicación personal, 2000) prepararon la mejor estimación de la prevalencia de los trastornos de ansiedad (y del estado de ánimo) a partir de estas dos encuestas principales (ver Tabla 1.8). Estos datos representan las estimaciones más precisas hasta la fecha de la prevalencia de los trastornos de ansiedad.

Estas son cifras alarmantes. Entre muchos misterios y paradojas presentes en estos datos,

uno notará primero que las estimaciones de la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población han aumentado a partir de Agras et al. (1969) estudio a la ECA estudio a la NCS. ¿Qué podría explicar estas diferencias en las estimaciones de prevalencia? Posiblemente fue la forma en que se hicieron las preguntas. Por ejemplo, en Agras et al. (1969), se utilizaron criterios muy conservadores. Pero parece poco probable que esto pueda explicar toda la diferencia. Tanto en el estudio ECA como en el NCS, como se señaló anteriormente, se emplearon largas entrevistas semiestructuradas y definiciones diagnósticas específicas y confiables. Estos factores, cuando se combinan con la enorme cantidad de personas involucradas, tienden a hacer que uno tenga más confianza en estos datos. Con el tiempo, también ha habido un enorme aumento en la conciencia del problema de los trastornos de ansiedad, aunque una vez más es difícil ver cómo esto podría explicar los aumentos absolutos en la prevalencia del problema. ¿Están aumentando los trastornos de ansiedad? Por el momento, no lo sabemos.

En cualquier caso, estas sorprendentes estadísticas han establecido un hecho primordial: los trastornos de ansiedad representan el problema de salud mental más grande del país. La prevalencia de los trastornos de ansiedad en el estudio de ECA superó la de cualquier otro trastorno de salud mental (incluidos los trastornos por consumo de sustancias), incluso antes de que se consideren los datos de GAD o PTSD, que no se incluyeron en la primera ola de entrevistas de ECA, o PTSD y TOC, que no eran

TABLA 1.7. Prevalencia de por vida y de 12 meses de los trastornos de ansiedad
del DSM-III-R

Trastornos	Masculi no				Femenino				Total			
	Toda la vida		12 meses		Toda la vida		12 meses		Toda la vida		12 meses	
	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE
Trastorno de pánico	2.0	0.3	1.3	0.3	5.0	1.4	3.2	0.4	3.5	0.3	2.3	0.3
Agorafobia sin trastorno de pánico	3.5	0.4	1.7	0.3	7.0	0.6	3.8	0.4	5.3	0.4	2.8	0.3
Fobia social	11.1	0.8	6.6	0.4	15.5	1.0	9.1	0.7	13.3	0.7	7.9	0.4
fobia simple	6.7	0.5	4.4	0.5	15.7	1.1	13.2	0.9	11.3	0.6	8.8	0.5
Ansiedad generalizada trastorno	3.6	0.5	2.0	0.3	6.6	0.5	4.3	0.4	5.1	0.3	3.1	0.3
Cualquier trastorno de ansiedad	19.2	0.9	11,8	0,6	30.5	1.2	22.6	0.1	24,9	0.8	17,2	0,7

Nota. Adaptado de Kessler et al. (1994). Copyright 1994 por la Asociación Médica Americana. Adaptado con permiso.

incluido en el primer informe sobre la NCS. Incluso la categoría más limitada de trastornos
fóbicos por sí sola es la categoría de trastorno de salud mental más frecuente en mujeres y la
segunda más frecuente en hombres, después de los trastornos por uso de sustancias en el
estudio ECA. Resultados similares son evidentes en el NCS. En vista de la información
revisada anteriormente, sobre la relación entre el abuso o la dependencia del alcohol y dos

trastornos de ansiedad, también es muy posible que una gran proporción de personas que sufren abuso o dependencia de sustancias continúen medicándose para un trastorno fóbico subyacente, inflando así aún más cifras de prevalencia.

Los trastornos de ansiedad son particularmente frecuentes en los entornos de atención primaria. Spitzer et al. (1995) encuestaron entornos de atención primaria e informaron que el 18% de los pacientes en estos entornos informaron de trastorno de pánico, TAG o síntomas de ansiedad que se aproximaban a estos trastornos. Estas cifras excluyeron específicamente la categoría de fobia mucho más grande. Un gran estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre trastornos mentales en entornos de atención primaria también encontró tasas de aproximadamente el 10 % para el trastorno de pánico con y sin agorafobia y TAG en entornos de atención primaria en todo el mundo (Sartorius, Ustun, Lecrubier y Wittchen, 1996).). Además, es importante señalar que ciertos patrones de síntomas físicos que se presentan en entornos médicos de atención primaria están altamente asociados con un diagnóstico posterior de trastorno de pánico. Por ejemplo, como se revisó en detalle en el capítulo 4, los pacientes con dolor torácico y arterias coronarias normales (dolor torácico no cardíaco) cumplen los criterios para el trastorno de pánico aproximadamente el 40% de las veces (Katon et al., 1988). Otros síntomas físicos inexplicables que a menudo cumplen los criterios para el trastorno de pánico tras un examen más detallado incluyen palpitaciones (45 % de las veces), desmayos inexplicables (20 %), síndrome del intestino irritable (40 %) y vértigo y mareos inexplicables (20 %) (Roy -Byrne y Katon, 2000). Como se señaló anteriormente, los pacientes con trastornos de ansiedad también buscan médicos especialistas en números desproporcionados. Es interesante notar que los pacientes con TAG generalmente terminan viendo a

gastroenterólogos, mientras que los pacientes con trastorno de pánico tienden a ver a neurólogos y otorrinolaringólogos (Kennedy & Schwab, 1997).

TRASTORNOS

TABLA 1.8. Mejor estimación de prevalencia de 1 año basada en datos de ECA y NCS (edades 18 a 54)

	Prevalencia de ECA (%)	Prevalencia de SNC (%)	Mejor estimado ^a (%)
Cualquier trastorno de ansiedad	13.1	18.7	16.4
fobia simple	8.3	8.6	8.3
Fobia social	2.0	7.4	2.0
Agorafobia	4.9	3.7	4.9
GAD	(1.5) ^b	3.4	3.4
Trastorno de pánico	1.6	2.2	1.6
TOC	2.4	(0.9) ^b	2.4
TEPT	(1.9) ^b	3.6	3.6
Cualquier trastorno del estado de ánimo	7.1	11.1	7.1
episodio MD	6.5	10.1	6.5
trastorno DM	5.3	8.9	5.3
distimia	1.6	2.5	1.6

distimia	1.0	2.3	1.0
bipolar yo	1.1	1.3	1.1
Bipolar II	0.6	0.2	0.6

Nota.MD, depresión mayor. De D. Regier, W. Narrow y D. Rae (comunicación personal, 2000).
Usado con permiso de los autores.

^aAl desarrollar las mejores estimaciones de las tasas de prevalencia de 1 año de los dos estudios, se siguió un procedimiento conservador que se había utilizado previamente en un análisis científico independiente que comparaba estos dos conjuntos de datos (Andrews, 1995). Para cualquier trastorno del estado de ánimo y cualquier trastorno de ansiedad se seleccionó la estimación más baja de las dos encuestas, que para estos datos fue la ECA. Las mejores tasas estimadas para los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad individuales se eligieron luego solo de la ECA, para mantener las relaciones entre los trastornos individuales. Para otros trastornos que no fueron cubiertos en ambas encuestas, se utilizó la estimación disponible.

^bEl número entre paréntesis indica la prevalencia del trastorno sin ninguna comorbilidad. Estas tasas se calcularon utilizando los datos de NCS para GAD y PTSD, y los datos de ECA para OCD. Las tasas no se usaron para calcular los totales de "cualquier trastorno de ansiedad" para las columnas ECA y NCS. Las tasas de GAD y PTSD sin duplicar se agregaron al mejor cálculo total para cualquier trastorno de ansiedad (3,3 %).

Como se señaló anteriormente, también ha quedado muy claro en los últimos años que los trastornos de ansiedad son crónicos y pueden durar décadas o incluso toda la vida en ausencia de un tratamiento eficaz. Las estimaciones indirectas sobre la cronicidad de la NCS se han presentado anteriormente. Marks y Lader (1973) revisaron una serie de primeros estudios realizados en las décadas de 1950 y 1960 que examinaban el curso a largo plazo de las "neurosis de ansiedad" y encontraron que, aunque algunos sujetos mostraron alguna mejora con el transcurso del tiempo, la mayoría continuó. a ser symp-tomatic después de un curso crónico y recurrente durante muchos años. Keller y Baker (1992) revisaron una serie de estudios completados desde la década de 1970 que sugerían hallazgos similares en períodos de seguimiento que oscilaban entre 3 y 8 años. En uno de los más conocidos de estos estudios, Noyes et al. (1980) siguieron a 112 pacientes con trastornos de ansiedad durante 4 a 9 años. El ochenta y ocho por ciento de este grupo continuó experimentando síntomas leves a moderados durante este período de tiempo. En Agras et al. (1972) descrito anteriormente, el 43% de los sujetos con fobia mostró alguna mejora o se recuperó, pero el 53% no cambió o empeoró durante un período de 5 años. Pollack et al. (1990) siguieron prospectivamente a 100 pacientes con trastorno de pánico y observaron altas tasas de cronicidad; específicamente, solo el 19% de aquellos con evitación fóbica extensa habían tenido al menos un periodo de remisión de 2

meses desde el inicio de su trastorno. Katschnig y Amering (1994) siguieron una muestra de 220 pacientes con trastorno de pánico de forma natural durante 2 a 6 años después de completar un curso de tratamiento farmacológico. El ochenta y ocho por ciento de este grupo continuó experimentando síntomas leves a moderados durante este período de tiempo. En Agras et al. (1972) descrito anteriormente, el 43% de los sujetos con fobia mostró alguna mejora o se recuperó, pero el 53% no cambió o empeoró durante un período de 5 años. Pollack et al. (1990) siguieron prospectivamente a 100 pacientes con trastorno de pánico y observaron altas tasas de cronicidad; específicamente, solo el 19% de aquellos con evitación fóbica extensa habían tenido al menos un período de remisión de 2 meses desde el inicio de su trastorno. Katschnig y Amering (1994) siguieron una muestra de 220 pacientes con trastorno de pánico de forma natural durante 2 a 6 años después de completar un curso de tratamiento farmacológico. El ochenta y ocho por ciento de este grupo continuó experimentando síntomas leves a moderados durante este período de tiempo. En Agras et al. (1972) descrito anteriormente, el 43% de los sujetos con fobia mostró alguna mejora o se recuperó, pero el 53% no cambió o empeoró durante un período de 5 años. Pollack et al. (1990) siguieron prospectivamente a 100 pacientes con trastorno de pánico y observaron altas tasas de cronicidad; específicamente, solo el 19% de aquellos con evitación fóbica extensa habían tenido al menos un período de remisión de 2

aquellos con evitación fóbica extensa habían tenido al menos un período de remisión de 2 meses desde el inicio de su trastorno. Katschnig y Amering (1994) siguieron una muestra de 220 pacientes con trastorno de pánico de forma natural durante 2 a 6 años después de completar un curso de tratamiento farmacológico. El 43 % de los sujetos con fobia mostró alguna mejora o se recuperó, pero el 53 % permaneció sin cambios o empeoró durante un período de 5 años. Pollack et al. (1990) siguieron prospectivamente a 100 pacientes con trastorno de pánico y observaron altas tasas de cronicidad; específicamente, solo el 19% de aquellos con evitación fóbica extensa habían tenido al menos un período de remisión de 2 meses desde el inicio de su trastorno. Katschnig y Amering (1994) siguieron una muestra de 220 pacientes con trastorno de pánico de forma natural durante 2 a 6 años después de completar un curso de tratamiento farmacológico. solo el 19% de los que tenían una evitación fóbica extensa habían tenido al menos un período de remisión de 2 meses desde el inicio de su trastorno. Katschnig y Amering (1994) siguieron una muestra de 220 pacientes con trastorno de pánico de forma natural durante 2 a 6 años después de completar un curso de tratamiento farmacológico. solo el 19% de los que tenían una evitación fóbica extensa habían tenido al menos un período de remisión de 2 meses desde el inicio de su trastorno. Katschnig y Amering (1994) siguieron una muestra de 220 pacientes con trastorno de pánico de forma natural durante 2 a 6 años después de completar un curso de tratamiento farmacológico.

La experiencia de la ansiedad

25

tratamiento. Aunque el 31 % se recuperó y retuvo sus ganancias durante el período de seguimiento, el 69 % restante demostró una sintomatología continua durante este período de tiempo, y el 19 % de la muestra mostró un curso severo y crónico.

En el estudio más ambicioso de su tipo hasta la fecha, Martin Keller y sus colegas continúan realizando un estudio prospectivo naturalista y longitudinal que traza el curso y el resultado de los trastornos de ansiedad seleccionados. Este estudio, conocido como Harvard-Brown Anxiety Disorder Research Program (Keller, 1994), ya ha arrojado datos importantes. Por ejemplo, Hirschfeld (1996), al analizar los datos de este estudio, observó que durante los primeros 22 meses posteriores al inicio de un episodio, solo el 18% de los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia, y alrededor del 43% de aquellos con trastorno de pánico sin

agorafobia, se había recuperado; por el contrario, aproximadamente el 80% de las personas con trastorno depresivo mayor se habían recuperado (ver Figura 1.2). Hasta 1997, se habían completado más de 700 entrevistas iniciales y los datos sobre la cronicidad y la recaída se están acumulando rápidamente (MB Keller, comunicación personal del 27 de julio de 2000). Algunos de estos datos se presentan en la Tabla 1.9, que muestra que las tasas de remisión para los trastornos índice de ansiedad (es decir, trastorno de pánico con y sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de pánico, fobia social y TAG) fueron uniformemente bajas después de 5 años. , con la posible excepción del trastorno de pánico sin complicaciones. Pero incluso con el trastorno de pánico, había un 37 % de probabilidad de permanecer en el episodio de ingesta después de 5 años de seguimiento prospectivo. Las tasas de recaída después de una recuperación completa fueron más variables, con tasas de recaída muy altas para el trastorno de pánico con y sin agorafobia, y tasas de recaída para la fobia social y el TAG algo más bajas, aunque los números fueron relativamente pequeños en estas categorías. Particularmente interesante fue una probabilidad acumulada de remisión después de 2 años del 25 % para el TAG y del 18 % para la fobia social (y solo del 28 % después de 5 años para la fobia social). Goisman et al. (1998), analizando los datos de este mismo estudio, encontraron que la duración media de un episodio de fobia específica informado en el momento de la ingesta era de más de 22 años. Estos hallazgos dejan muy claro que, además de ser la clase de trastornos mentales más frecuente en la población en general, los trastornos de ansiedad también se encuentran entre los más crónicos. Este hecho tiene importantes implicaciones para la salud pública. Además de ser la clase más prevalente de trastornos mentales en la población en general, los trastornos de ansiedad también se encuentran entre los más crónicos. Este hecho tiene importantes implicaciones para la salud pública. Además de ser la clase más prevalente de trastornos mentales en la población en general, los trastornos de ansiedad también se encuentran entre los más crónicos. Este hecho tiene importantes implicaciones para la salud pública.

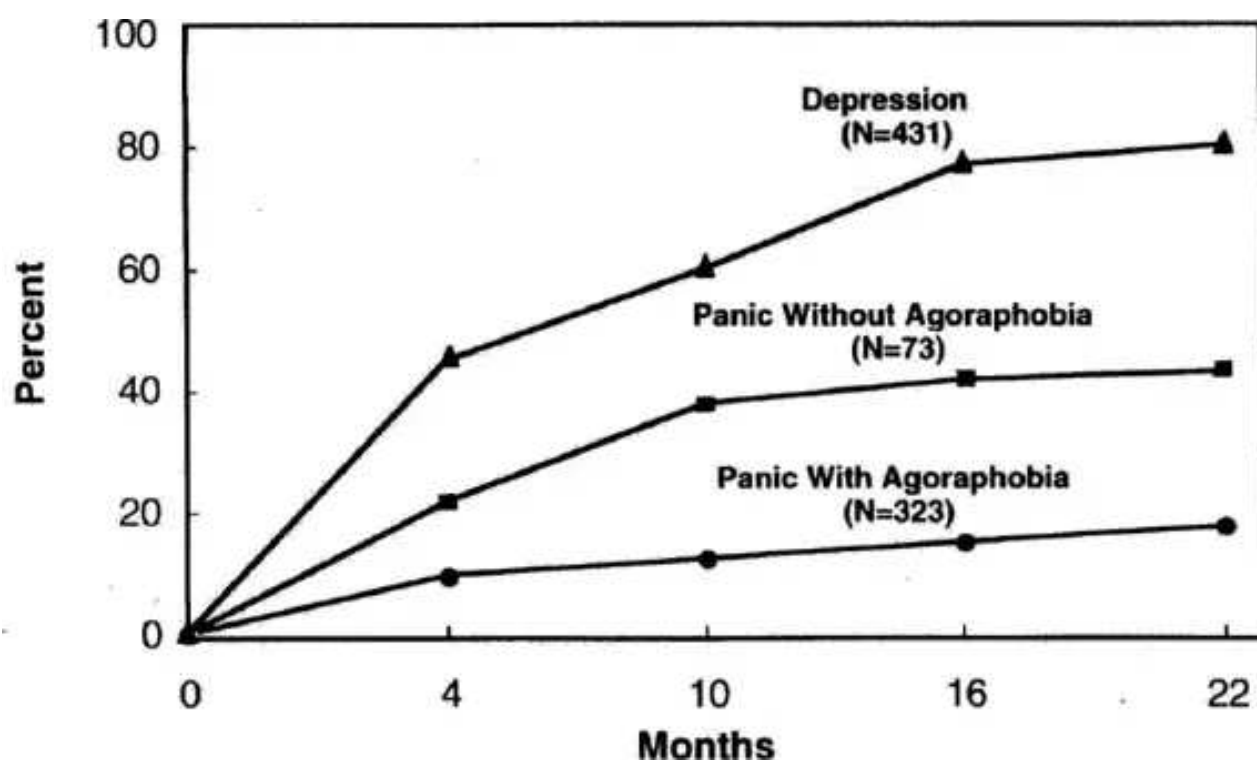


FIGURA 1.2.Recuperación de episodios de trastorno de pánico o depresión.
 Datos fuentes: Keller y Baker (1992), Keller et al. (1992). De Hirschfeld (1996).
 Copyright 1996 de Guilford Press. Reimpreso con permiso.

TABLA 1.9. Probabilidades acumulativas de remisión y recaída del episodio de admisión para los trastornos índice

Tiempo	Trastorno de pánico		Trastorno de pánico				generalizado			
	Trastorno de pánico		con agorafobia		Solo agorafobia		Fobia social		trastorno de ansiedad	
	problema remisión (n = 77)	problema recaída (n = 44)	problema remisión (n = 338)	problema recaída (n = 110)	problema remisión (n = 26)	problem a recaída (n = 7)	problema remisión (n = 160)	problema recaída (n = 42)	problema remisión (n = 167)	problema recaída (n = 61)
1 año	.40	.39	.10	.41	.12	N / A ^a	.12	.08	.dieciséis	.12
2 años	.57	.55	.23	.55	.17	.18	.dieciséis	.25	.21	
3 años	.58	.58	.29	.64	.17	.26	.dieciséis	.28	.27	
4 años	.63	.33	.31	.27	.37					
5 años	.63	.35	.31	.28	.47					

Nota. De Keller (2000). Reimpreso con permiso del autor.

^aHabía muy pocos sujetos para estimar las tasas de recaída.

ciones relativas a los costes, tanto financieros como humanos, de los trastornos de ansiedad en nuestra sociedad (ver más abajo).

Sin embargo, los trastornos de ansiedad tienden a disminuir un poco con el aumento de la edad (Flint, 1994). La prevalencia de los trastornos de ansiedad expresada como porcentaje en sujetos de edad avanzada, en comparación con sujetos de todas las edades (basado en un nuevo análisis de los datos de la ECA), se presenta en la Tabla 1.10. Tenga en cuenta que la prevalencia de los trastornos fóbicos, el trastorno de pánico y el TOC muestra una caída constante en cada trastorno, al igual que todos los trastornos de ansiedad en conjunto. Observe también que la disminución es proporcionalmente similar.

LOS COSTOS HUMANOS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Con una alta prevalencia y cronicidad, uno esperaría que los trastornos de ansiedad estuvieran

asociados con costos sustanciales para las personas y para el nuestro sistema de atención médica, no solo en términos de dinero sino también en pérdida de productividad y reducciones en la calidad de vida. Los gastos reales, sin embargo, eclipsan incluso las estimaciones más pesimistas (Greenberg et al., 1999; Hofmann & Barlow, 1999). Por ejemplo, en los últimos años, los trastornos de ansiedad representaron aproximadamente el 31 % de los costos totales de la atención de la salud mental, en comparación con el 22 % de los trastornos del estado de ánimo y el 20 % de la esquizofrenia (Rice y Miller, 1993). DuPont et al. (1996) estimaron estos costes en 1990 en 46 600 millones de dólares de un gasto total en enfermedades mentales de 147 800 millones de dólares ese año, o el 31,5 % del total. Estos costos incluían no solo el costo directo de los servicios, sino también los costos indirectos de la pérdida de productividad.

En el estudio más completo hasta la fecha, Greenberg et al. (1999) calcularon la carga económica anual de los trastornos de ansiedad en los Estados Unidos de manera particularmente detallada. Estimaron que el costo anual de los trastornos de ansiedad era de aproximadamente \$42,300 millones en los Estados Unidos en 1990, o \$1,542 por paciente. Tenga en cuenta que su estimación es ligeramente inferior a la estimación de DuPont et al. (1996), debido a la mejora de la metodología. En la Figura 1.3 se presenta un desglose de estos costos. Tenga en cuenta que los costos son en gran parte atribuibles al tratamiento directo por parte de un profesional de la salud mental, mientras que el 10% de los costos se deben a costos

indirectos en el lugar de trabajo, la mayoría atribuible a la pérdida de productividad en lugar del ausentismo. El 54% de los costos están asociados con la utilización excesiva de los servicios de atención primaria de salud.

TABLA 1.10 Prevalencia de los trastornos de ansiedad en sujetos de edad avanzada y edad combinada

Grupos y Prevalencia Pico en el Estudio ECA

	toda ansiedad			Trastorno fóbico			Trastorno de pánico			Obsesionante-compulsivo		
	trastornos									trastorno		
	ME			METR			MET			MET		
	TR	O	F	O	F	Total	RO	F	Total	RO	F	Total
Sujetos de edades sesenta y cinco	3.6	6.8	5.5	2.9	6.1	4.8	0.0	0.2	0.1	0.7	0.9	0.8
Sujetos de todas las edades.	4.7	9.7	7.3	3.8	8.4	6.2	0.3	0.7	0.5	1.1	1.5	1.3
Cima	4.7	11.7	8.3	3.5	10.2	6.9	0.3	1.1	0.7	1.2	1.9	1.8

Nota. M, machos; F, hembras. De pedernal (1994). Copyright 1994 de la Asociación Americana de Psiquiatría. Reimpreso con permiso.

Los costos relativos de los trastornos de ansiedad individuales, en términos de utilización de servicios y costos en el lugar de trabajo, se muestran en la Tabla 1.11. Como es evidente en esta tabla, los mayores costos se asociaron con el trastorno de pánico y el PTSD, pero todos los trastornos de ansiedad, excepto la fobia específica, se asociaron con un deterioro sustancial en el lugar de trabajo.

Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish y Klerman (1989) y Leon, Portera y Weissman (1995) evaluaron la calidad de vida entre personas con trastornos de ansiedad en el estudio ECA. León et al. (1995) encontraron que las personas con trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, TOC, fobias) tenían tasas elevadas de dependencia financiera y desempleo (como se refleja en los pagos por discapacidad, el bienestar y la compensación por desempleo), en comparación con los pacientes sin trastornos de ansiedad. Entre los pacientes con trastorno de

pánico solo, el 68 % de las mujeres y el 60 % de los hombres con trastorno de pánico estaban desempleados en el momento de la evaluación. El veintinueve por ciento de las pacientes mujeres y el 25% de los pacientes varones estuvieron crónicamente desempleados durante 5 años o más. Estudiando pacientes con trastorno de pánico, Markowitz et al. (1989) encontraron que tanto su salud física como emocional eran peores que las de los controles sin trastorno de pánico o depresión; las tasas de abuso de alcohol y drogas de los pacientes también eran altas. Las tasas de utilización de la atención médica también fueron significativamente más altas, ya que





FIGURA 1.3.Distribución de costes del trastorno de ansiedad. Los costos totales equivalen a \$ 42.3 mil millones por año en 1990 dólares estadounidenses. De Greenberg et al. (1999). Copyright 1999 de Physicians Postgraduate Press. Reimpreso con permiso.

TABLA 1.11. Factores de riesgo para el uso del servicio y resultados adversos en el lugar de trabajo

Variable	TEPT	Pánico trastorno	Agorafobia	GAD	Social fobia	Específic o fobia
Médico psiquiátrico directo						
utilización del servicio						
Hospitalización	▲		▲		●	
medicos						
medicos de familia	▲	▲	●	▲		
psiquiatras	▲	▲	▲		●	
psicólogos	▲	●		●		●
Otros especialistas (por ejemplo, ginecólogos, cardiólogos)	▲		▲	▲		
Otro						
Trabajadores sociales	▲	▲	●			
Consejeros	▲	▲				
Enfermeras/terapeutas	●	▲	▲	●	●	
Otros profesionales	●	●			●	
Resultados indirectos en el lugar de trabajo						
pérdida de trabajo (absentismo)		●	●	●	●	
Días de reducción de trabajo	▲	▲		▲	▲	
Número de categorías con impacto significativo o grande	10	9	7	6	6	1
Número de categorías con	8	6	4	3	1	0
Impacto significativo						

Nota. Los triángulos indican un impacto estadísticamente significativo al nivel del 5 %; los círculos indican que se obtuvo una gran razón de posibilidades, pero por encima del nivel de significancia del 5%. De Greenberg et al. (1999). Copyright 1999 de Physicians Postgraduate Press. Reimpreso con permiso.

reflejado en los patrones de atención médica solamente y atención psiquiátrica solamente, así como en las visitas a la sala de emergencias. Por ejemplo, el 28 % de las personas con trastorno de pánico había visitado la sala de emergencias durante los 12 meses anteriores, en comparación con el 2 % de los controles sin trastorno de pánico ni depresión. Cuarenta y tres por ciento de los pacientes con trastorno de pánico habían utilizado atención psiquiátrica y

médica en los 12 meses anteriores, en comparación con solo el 4% de los controles.

Utilizando datos de ECA, Boyd (1986) ha descubierto que es más probable que una persona con trastorno de pánico busque ayuda profesional que una persona con esquizofrenia o cualquier otro trastorno mental. Además, la alta prevalencia de ataques de pánico asociados con otros trastornos mentales puede ser una de las principales razones por las que muchos pacientes con otros trastornos buscan tratamiento. Boyd especula que las abrumadoras sensaciones de pánico y los pensamientos asociados de muerte y morir pueden ser los factores motivadores en esta enorme utilización de los recursos de atención médica. Además, ahora sabemos con cierta certeza que muchos de estos pacientes acaban en las consultas de los cardiólogos (Roy-Byrne y

Katon, 2000). Por ejemplo, Beitman, Lamberti, et al. (1987) encontraron que una alta proporción de enfermedades cardíacas

los pacientes que se quejaban de dolor torácico, pero que tenían arterias coronarias angiográficamente normales, cumplían los criterios de trastorno de pánico. Los pacientes con

trastorno de pánico tienen un largo historial de búsqueda de cardiólogos (consulte el Capítulo

Como se señaló al comienzo del capítulo, los costos generales de atención médica para las personas con trastornos de ansiedad que utilizan los servicios de atención médica son el doble de los de aquellos sin trastornos de ansiedad, independientemente de la enfermedad física de estos últimos. (Simón et al., 1995). En un importante estudio, Sherbourne, Wells, Meredith, Jackson y Camp (1996) estudiaron la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades médicas crónicas como diabetes, cardiopatía e hipertensión en función de si dichos pacientes presentaban o no trastornos de ansiedad comórbidos o no. Los pacientes que recibían atención médica general con ansiedad comórbida funcionaban a niveles más bajos de bienestar que aquellos sin trastornos de ansiedad comórbidos. En particular, los pacientes con hipertensión y diabetes que tenían ansiedad comórbida estaban tan debilitados como los pacientes con enfermedades cardíacas.

Un estudio reciente de pacientes que se presentaron en entornos médicos generales con síntomas de ansiedad bien definidos que no cumplían con los criterios para los trastornos demostró un aumento de cuatro veces en la discapacidad en comparación con los pacientes que no informaron síntomas de ansiedad (18 frente a 4,8 días de cama) (Marcus, Olfson, Pincus, Shear y Zarin, 1997). Roy-Byrne et al. (1999) mostró que los pacientes en entornos de atención primaria diagnosticados con trastorno de pánico tenían tasas más altas de visitas al médico y visitas a la sala de emergencias, en comparación con pacientes similares de atención primaria sin un diagnóstico psiquiátrico.

Ahora están comenzando a aparecer estudios sobre el ahorro de costos del tratamiento eficaz de los trastornos de ansiedad. Por ejemplo, un estudio de España sugiere un efecto de compensación de costos del 94 % luego de 12 meses de tratamiento farmacológico para el trastorno de pánico (Salvador-Carulla, Seguí, Fernández-Cano,

& Canet, 1995). Específicamente, los costos directos totales del uso de la atención médica durante el año anterior en comparación con el año posterior al diagnóstico (y al inicio del tratamiento) fueron de \$29 158 y \$46 256, respectivamente (dado que se tuvo en cuenta el costo del tratamiento en sí), mientras que los costos indirectos de productividad perdida fueron \$65,643 y \$13,883, respectivamente. Por lo tanto, no tratar un trastorno es sustancialmente más costoso que proporcionar el tratamiento adecuado. Esto es particularmente cierto si los costos

costoso que proporcionar el tratamiento adecuado. Esto es particularmente cierto si los costos indirectos son altos y si los tratamientos son eficaces y rentables.

¿LA ANSIEDAD ES UN TRASTORNO FEMENINO?

Todo el mundo experimenta ansiedad y miedo, y las fobias se encuentran en todo el mundo. Pero las fobias en particular, y otros trastornos de ansiedad en menor grado, tienen una característica muy peculiar: una asociación selectiva con ser mujer, como es evidente en los datos epidemiológicos presentados anteriormente en este capítulo. Por ejemplo, las personas que sufren de una fobia a los insectos o animales pequeños lo suficientemente grave como para evitar que se muden a áreas rurales, o incluso que visiten a amigos en áreas donde los animales pequeños o insectos pueden estar presentes, es casi seguro que sean mujeres, ya que son el 90% de las personas con esta particular fobia (Craske et al., 1996). Los datos de una gran encuesta realizada por la OMS en entornos de atención primaria revelaron una proporción constantemente alta de mujeres con trastorno de pánico con o sin agorafobia (odds ratio, 1,63; intervalos de confianza del 95 %, 1. 18–2.20). Y esto fue consistente en todo el mundo (Gater et al., 1998). Los índices de probabilidad para GAD también fueron altos, aunque la variación

fue mayor en los centros de todo el mundo, lo que sugiere una mayor influencia de los factores culturales locales en el desequilibrio de género en GAD. De manera similar, una muestra grande de más de 1,000 adolescentes que habían experimentado un trastorno de ansiedad en algún momento de sus vidas, o

TRASTORNOS

no, reveló una fuerte preponderancia de mujeres entre los que experimentaban un trastorno de ansiedad. Además, esta preponderancia surgió temprano en la vida: los datos retrospectivos indicaron que a la edad de 6 años, las mujeres ya tenían el doble de probabilidades de haber experimentado un trastorno de ansiedad que los hombres (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley y Allen, 1998). También es notable que la depresión es en gran medida un trastorno femenino, y en el Capítulo 8 se exploran fascinantes explicaciones de la abrumadora preponderancia de la ansiedad y la depresión entre las mujeres. en los capítulos dedicados a trastornos específicos.

ANSIEDAD ENTRE CULTURAS

Según todos los informes, la sombra de la inteligencia o el espectro de la muerte que es la experiencia de la ansiedad debería estar presente universalmente en todas las culturas y especies. Tanto para los propósitos de la supervivencia en el sentido darwiniano como para la planificación efectiva del futuro como postula Liddell, la evolución debería favorecer a los miembros de una especie que están ansiosos. Pero los excesos de cualquier rasgo valioso existen en ciertos individuos. ¿La ansiedad en su expresión patológica está presente en otras culturas? Si es así, ¿las formas del trastorno son las mismas que se encuentran en la cultura occidental? Considere el siguiente caso.

Hace varios años, un hombre inuit casado de 31 años se presentó en el servicio de salud nativo de Alaska quejándose de que estaba “muy nervioso”. Aunque el inuit era su idioma nativo, hablaba inglés lo suficientemente bien como para comunicar su problema en ese

idioma. Informó que había comenzado a sentirse nervioso más de 2 años antes. Ahora se quedaba en casa la mayor parte del tiempo, sobre todo en invierno, cuando se sentía peor. Dado que los hombres de su aldea eran responsables de cazar, pescar y llevar agua o hielo a la casa con tiros de perros o motos de nieve, dependía cada vez más de otros aldeanos, parientes y la asistencia pública para su contribución a estas actividades. Salir solo lo hacía sentir peor a menos que fuera con su esposa. Como ella misma padecía una enfermedad física crónica, rara vez podía aventurarse fuera de casa. Sin embargo, dado que su condición se había deteriorado sustancialmente, ¡ambos habían decidido que era necesario emprender el viaje de 50 millas al hospital en moto de nieve! No tenía idea de qué causaba su problema, pero especuló que podría estar relacionado con un episodio de gripe varios años antes (Hudson, 1981). A principios del siglo XX, los viajeros daneses a Groenlandia informaron haber observado una condición en la que los cazadores inuit, solos en kayaks en un mar perfectamente tranquilo durante horas esperando a que emergieran las focas, experimentaban repentinas dificultades para respirar y un ritmo cardíaco acelerado. Posteriormente, estos cazadores no podrían aventurarse lejos de sus aldeas. Esta condición se denominó “angustia del kayak” (Katschnig, 1999). ¡Ambos habían decidido que era necesario emprender el viaje de 50 millas al hospital en moto de nieve! No tenía idea de qué causaba su problema, pero especuló que podría estar relacionado con un episodio de gripe varios años antes (Hudson, 1981). A principios del siglo XX, los viajeros daneses a Groenlandia

informaron haber observado una condición en la que los cazadores inuit, solos en kayaks en un mar perfectamente tranquilo durante horas esperando a que emergieran las focas, experimentaban repentinas dificultades para respirar y un ritmo cardíaco acelerado. Posteriormente, estos cazadores no podrían aventurarse lejos de sus aldeas. Esta condición se denominó “angustia del kayak” (Katschnig, 1999). A principios del siglo XX, los viajeros daneses a Groenlandia informaron haber observado una condición en la que los cazadores inuit, solos en kayaks en un mar perfectamente tranquilo durante horas esperando a que emergieran las focas, experimentaban repentinas dificultades para respirar y un ritmo cardíaco acelerado. Posteriormente, estos cazadores no podrían aventurarse lejos de sus aldeas. Esta condición se denominó “angustia del kayak” (Katschnig, 1999). A principios del siglo XX, los viajeros daneses a Groenlandia informaron haber observado una condición en la que los cazadores inuit, solos en kayaks en un mar perfectamente tranquilo durante horas esperando a que emergieran las focas, experimentaban repentinas dificultades para respirar y un ritmo cardíaco acelerado. Posteriormente, estos cazadores no podrían aventurarse lejos de sus aldeas. Esta condición se denominó “angustia del kayak” (Katschnig, 1999).

Parecería que tanto el hombre inuit de Alaska como los cazadores inuit de Groenlandia padecían el mismo trastorno que se encuentra con tanta frecuencia en las ciudades y los suburbios del mundo occidental: ataques de pánico con agorafobia. Es notable que esto ocurra a pesar de las abrumadoras diferencias entre culturas. Sin embargo, las conclusiones preliminares de las investigaciones transculturales sugieren que lo que parece ser ansiedad en una cultura puede tomar muchas formas diferentes en otras culturas. Es bien sabido que la expresión de la

emoción en general está determinada culturalmente. La intensidad de la emoción expresada por las culturas mediterráneas y del sur de Europa en comparación con las culturas del norte de Europa es legendaria. Por lo tanto, no es de extrañar que los trastornos emocionales se expresen de manera diferente, incluso si existen algunas raíces biológicas o etiológicas comunes.

La experiencia de la ansiedad

31

Koro

En 1967, una ola de ansiedad severa barrió Singapur. Numerosos hombres, particularmente entre la gran población étnica china, presentaban una ansiedad tan aguda que podría decirse que estaban en estado de pánico (Nguí, 1969; Tan, 1969, 1980). Cada uno expresó un temor abrumador de que sus órganos sexuales se estuvieran retrayendo hacia su abdomen. Estos individuos creían que cuando el órgano se retraía totalmente, se produciría la muerte. Los gritos de ayuda por lo general resultaron en la asistencia de la familia y la comunidad. Esta asistencia podría tomar la forma de la construcción de varios artilugios para evitar que los genitales se retraigan. Por lo general, la ansiedad remitió en unas pocas horas (Tan, 1980). Las recurrencias también pasaron rápidamente, particularmente si había apoyo disponible en la comunidad. Estos individuos sufrían de koro, un síndrome que se encuentra a menudo en esa cultura. Este síndrome es menos frecuente en las mujeres, donde se manifiesta como miedo a la retracción de los pezones, de las mamas o, en ocasiones, de los labios. Los pacientes que presentan koro suelen relacionar el inicio de su afección con algún delito sexual menor ocurrido en el pasado (Tan, 1980).

Pa-Leng

pa-leng, que también se encuentra en las culturas chinas, a veces se etiqueta como "frigofobia" o "miedo al frío". Las personas con este problema se presentan con manos frías y sudorosas; taquicardia; boca seca; y otros síntomas somáticos relacionados. Al igual que koro, *pa-leng* solo puede entenderse en el contexto de las ideas tradicionales, en este caso, las nociones tradicionales chinas de yin y yang (Tan, 1980). La medicina china sostiene que debe haber un equilibrio de las fuerzas yin y yang dentro del cuerpo humano para mantener la salud. Yin representa los aspectos de la vida fríos, oscuros, ventosos y que consumen energía; yang se refiere al aspecto brillante, cálido y productor de energía de la vida. Tanto en koro como en *pa-leng*, los síntomas de presentación están asociados con un exceso de yin. En *pa-leng*, los individuos presentan un miedo mórbido al frío. Rumian sobre una mayor pérdida de calor corporal, que puede ser una amenaza para la vida. Estrechamente asociado con este miedo al frío está el miedo al viento. Las personas que padecen *pa-leng* usan varias capas de ropa incluso en un día caluroso para protegerse del viento y el frío. Las quejas de eructos y flatulencias pueden reflejar la presencia de demasiado viento y, por lo tanto, demasiado yin en el cuerpo.

***Kyol Goeu*, pánico ortostático y “dolor de cuello” entre los jemeres**

Devon Hinton, psiquiatra/antropólogo, y sus colegas han descrito recientemente una manifestación fascinante del trastorno de pánico entre los refugiados jemeres en los Estados Unidos. Esta investigación comenzó con la observación de una tasa muy alta de trastorno de pánico, diagnosticada mediante una adaptación válida de la Entrevista clínica estructurada para el modelo de pánico DSM-IV, para refugiados camboyanos. Específicamente, el 60% de 89 pacientes encuestados en dos clínicas psiquiátricas presentaban trastorno de pánico actual. Un porcentaje sustancial de estos ataques de pánico se asoció con mareos ortostáticos y “dolor de cuello” (Hinton, Ba, Peou y Um, 2000). Lo que descubrió el grupo de Hinton (Hinton, Um y Ba, en prensa-a, en prensa-b) es que el concepto jemer de *kyol goeu*, o “sobrecarga de viento”, media el enfoque de cogniciones catastróficas en ciertas sensaciones corporales.

Específicamente, los jemeres conceptualizan sus cuerpos como contenedores que transportan sangre y viento (esto es algo similar a la concepción china del yin y el yang). Los más importantes de estos vasos se encuentran en las extremidades y el cuello. Cuando una persona

está sana, la sangre y el viento pueden fluir sin interrupción; el estrés o la enfermedad, por otro lado, bloquea estos vasos. Estos bloqueos dan como resultado un aumento de los gases corporales, lo que a su vez da lugar a una variedad de síntomas corporales. Por ejemplo, los síntomas somáticos bloquea estos vasos. Estos bloqueos dan como resultado un aumento de los gases corporales, lo que a su vez da lugar a una variedad de síntomas corporales. Por ejemplo, los síntomas somáticos bloquea estos vasos. Estos bloqueos dan como resultado un aumento de los gases corporales, lo que a su vez da lugar a una variedad de síntomas corporales. Por ejemplo, los síntomas somáticos

Los síntomas de ansiedad, como temblores, debilidad o fatiga, a menudo se describen como jok, que significa literalmente "tapar, como con un corcho".

Estos bloqueos tienen consecuencias nefastas, según los modismos culturales. Entre los más graves se incluye la posibilidad de que revienten los vasos en el cuello, ya que el viento intenta moverse hacia la cabeza, lo que puede causar la muerte. Si llega viento a la cabeza, puede arremolinar en el cráneo, causando mareos y sensación de desmayo. Así, la atención de los jemeres parece centrarse selectivamente en síntomas de mareos y ligeras perturbaciones

de la circulación en la zona del cuello. Los ataques de pánico son desencadenados por estos síntomas interoceptivos específicos. Los jemeres han ideado una “prueba” de su salud física (mental): el grado de mareo registrado al levantarse rápidamente revela la fuerza o debilidad del cuerpo. Eso es, la hipotensión ortostática excesiva (o la exacerbación de estas sensaciones por la atención centrada en uno mismo) es un signo de trastorno que puede significar una muerte inminente. Por lo tanto, estos síntomas desencadenan con frecuencia ataques de pánico y, en última instancia, trastorno de pánico.

En resumen, lo que Hinton et al. (en prensa-a, en prensa-b) parecen haber demostrado es un ejemplo clásico de trastorno de pánico, con la oleada repentina de síntomas simpáticos asociados, sentimientos de muerte inminente, etc., así como ansiedad centrada en estos sensaciones. Estos síntomas se experimentan y describen de una manera culturalmente distinta. La falta de comprensión de este idioma cultural conduciría rápidamente a un diagnóstico erróneo y a un tratamiento inapropiado.

Angustia del corazón

En Irán, un trastorno frecuente se conoce como “angustia cardíaca” (Good & Kleinman, 1985). Las personas que experimentan palpitaciones u otras sensaciones en el corazón las interpretan en el marco de los significados simbólicos propios de la cultura de Irán. Pero la atención se centra casi siempre en los síntomas somáticos asociados con el corazón en torno a los cuales se construye un trastorno. Los observadores occidentales que estudian este fenómeno encuentran que, en algunos casos, los pacientes con problemas cardíacos encajarían en la categoría occidental de depresión, mientras que otros casos serían más claramente casos de ansiedad, particularmente trastorno de pánico.

Trastornos de miedo y muerte vudú

La angustia cardíaca contrasta con los “trastornos de miedo”, que tienen su origen en reacciones de miedo observables o respuestas de sobresalto exageradas. Los trastornos emocionales posteriores se atribuyen a experiencias de miedo extremo. De hecho, una amplia variedad de problemas emocionales y de comportamiento pueden atribuirse al miedo en varias culturas, incluidos los síntomas de conversión histérica y los episodios psicóticos temporales. Sin embargo, la expresión predominante parece ser similar a los trastornos de ansiedad occidentales. Existen muchos ejemplos de trastornos de miedo en diferentes culturas. Por ejemplo, el susto en las culturas latinoamericanas se caracteriza por diversos síntomas basados en la ansiedad (irritabilidad, insomnio, fobias, síntomas somáticos de sudoración y taquicardia,

etc.). Las causas del susto también radican en el susto repentino, la magia negra de la mujer, en particular, el mal de ojo, prominentemente mencionado en los trastornos de miedo en todo el mundo (Good & Kleinman, 1985; Tan, 1980). En la cultura iraní, tanto los “trastornos de susto” como la “angustia del corazón” son términos utilizados para referirse, en su mayor

parte, a síntomas de trastornos emocionales. Pero en los trastornos de miedo, la causa se atribuye a un evento en el entorno social. En la angustia cardíaca, el síntoma particular en sí mismo se convierte en el foco y la causa del trastorno.

En lo que puede ser el último espectro de la muerte, parece que algunas personas en ciertas culturas están muertas de miedo. La magia negra o el “mal de ojo” se asocia con este evento; esto sugiere que la muerte puede ser una complicación ocasional de ciertos trastornos de miedo en algunas culturas. Cannon (1942), al examinar el fenómeno de la muerte vudú, sugirió que la sentencia de muerte por parte de un curandero puede crear una excitación autonómica intolerable con pocas oportunidades para una acción efectiva. En última instancia, esto resulta en daño a los órganos internos y la muerte.

Shinkeishitsu

La presentación clínica de lo que parecen ser trastornos de ansiedad en Japón se incluye mejor bajo la etiqueta clínica de shinkeishitsu. En general, la palabra shinkeishitsu se refiere a una amplia categoría de personas a las que se podría denominar "neuróticas" en Occidente. Por ejemplo, estos individuos son perfeccionistas, extremadamente tímidos y se preocupan rápida y fácilmente por problemas somáticos o sociales particulares. Shinkeishitsu fue elaborado con cierto detalle por el famoso psiquiatra japonés Shoma Morita, quien posteriormente formó su propia escuela de psicoterapia. Reynolds (1976) presenta un buen resumen de la presentación clínica de shinkeishitsu:

Los terapeutas de Morita ven al neurótico como una persona con una necesidad particularmente fuerte de vivir una vida plena, tendencias perfeccionistas y una timidez extrema. . . . Esta persona se encuentra con algún evento desagradable que centra su atención en un problema particular; rubor, dolores de cabeza y estreñimiento son ejemplos típicos. Se preocupa mucho por el problema y se vuelve cada vez más consciente de su efecto en su vida. Queda atrapado en una espiral de atención y sensibilidad que produce una especie de autoconciencia obsesiva. Sus esfuerzos por superar el problema directamente con su voluntad sólo sirven para exacerbar su fijación. Cuando llega a una clínica de terapia de Morita, esa persona suele ser muy tímida y sensible; no puede funcionar socialmente, prefiriendo pasar su vida en su habitación retirado del mundo exterior. Está inmovilizado por la tormenta de contraconflictos y presiones que rugen dentro de su psique. (págs. 9 y 10)

El tema crucial de la atención centrada en uno mismo o la preocupación por uno mismo, aparentemente una parte tan importante de shinkeishitsu, se trata con cierto detalle en el Capítulo 3.

Hay tres subcategorías de shinkeishitsu. La primera se describe como la forma fóbica obsesiva, que parece representar alrededor del 50% de las personas con este trastorno en Japón. Esta forma parecería estar estrechamente relacionada con la fobia social en la cultura occidental. Estas personas tienen un fuerte temor de mirar a las personas a los ojos y temen que algún aspecto de su presentación personal (por ejemplo, sonrojarse, tartamudear, mal olor corporal, etc.) parezca reprochable. Esta condición se conoce más comúnmente como taijin kyofusho y es distinta de una manera muy fundamental de la fobia social tal como existe en los países occidentales. Es decir, el individuo con taijin kyofusho en Japón y otras culturas de Asia oriental tiene miedo de ofender a los demás.

Las personas con la forma neurasténica muestran fuertes síntomas hipocondríacos, falta de concentración y sentimientos de timidez. Esta categoría representa aproximadamente el 25 % de las personas con shinkeishitsu. Finalmente, los estados de ansiedad, que parecen descriptivamente muy cercanos a los ataques de pánico, representan aproximadamente el 10% de estos pacientes. Este problema suele comenzar con algún tipo de palpitación del corazón u otro síntoma somático. El 15% restante no entra claramente en una de estas tres categorías.

TRASTORNOS

Trastorno de pánico en afroamericanos e hispanoamericanos

Al igual que en otros países, las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, son similares entre los diferentes grupos étnicos de los Estados Unidos, incluidos los afroamericanos y los hispanoamericanos. Además, los pacientes blancos y negros con trastorno de pánico no muestran diferencias significativas en los síntomas (Friedman, Paradis y Hatch, 1994). Es importante señalar, sin embargo, que la hipertensión es un concomitante frecuente de los trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico en pacientes afroamericanos (Neal-Barnett y Smith, 1997; Neal, Nagle-Rich y Smucker, 1994; Neal y Turner, 1991).

Un fenómeno similar al pánico en los hispanoamericanos, particularmente en los del Caribe, se denomina ataque de nervios (Liebowitz et al., 1994). Los síntomas de un ataque comprenden la mayoría de los síntomas de un ataque de pánico clásico, pero también pueden incluir manifestaciones como gritar incontrolablemente o romper a llorar. Finalmente, existe una condición fascinante denominada “parálisis aislada del sueño” que parece tener una fuerte contribución cultural y se describe con más detalle en el Capítulo 4. Parálisis aislada del sueño, que ocurre durante el estado de transición entre el sueño y el sueño. al despertar, se experimenta como una oleada de terror acompañada de una incapacidad para moverse y, en ocasiones, de vividas alucinaciones. La incidencia de parálisis del sueño aislada es significativamente mayor en afroamericanos con trastorno de pánico (59).

Ansiedad entre culturas: conclusiones

Ciertamente, no es fácil mapear los síntomas y características de la ansiedad tal como los conocemos en Occidente en otras culturas. Parece claro que la experiencia de la ansiedad existe en casi todas las culturas y subculturas, pero que esta experiencia se articula en expresiones idiomáticas específicas de la cultura. Varias interpretaciones de la experiencia de ansiedad de una cultura a otra afectan su curso, los aspectos específicos de su presentación (es decir, en qué síntomas se centran) y varios métodos para resolverla. Por ejemplo, los intentos de tratar diversos trastornos emocionales en China mediante técnicas farmacológicas occidentales han resultado relativamente infructuosos, ya que los pacientes creen que las causas de sus trastornos emocionales se pueden atribuir totalmente al estrés en el trabajo, la separación de sus familias u hogares, u otros factores ambientales. estresores.

El hallazgo abrumador de los estudios transculturales es que la manifestación somática de los trastornos emocionales es la expresión prominente de la ansiedad en países y culturas distintas a las del Occidente de influencia europea. Además, esta somatización crónica en función del estrés u otras causas puede adoptar formas bastante diferentes de una cultura a otra. La preocupación por los síntomas sexuales en las culturas chinas se ha mencionado en el contexto del koro. La administración de listas de verificación estandarizadas de síntomas de ansiedad a diferentes culturas produce niveles generales similares de "ansiedad" de una cultura a otra, pero el énfasis está en síntomas muy diferentes. Inkeles (1983) recopiló las respuestas a una lista de verificación de síntomas en un estudio transnacional y se presentan en la Tabla 1.12. Para tomar un ejemplo de esta tabla,

En Arabia Saudita, el TOC es aproximadamente tan frecuente como en otros países, pero el contenido de las obsesiones y la naturaleza de las compulsiones difieren un poco. Los temas de las obsesiones están predominantemente relacionados con prácticas religiosas, específicamente oraciones y/o

TABLA 1.12. Respuestas a la lista de verificación de síntomas en una prueba transnacional
Estudiar

	India	Chile	Israel	Nigeria
Porcentaje promedio de síntomas por país	24	29	22	28
Síntomas individuales (%)				
Problemas para dormir	54	23	37	21
Nerviosismo	48	36	27	9
Latidos del corazón	13	24	13	45
Dificultad para respirar	8	15	6	32
Sueños perturbadores	21	22	35	48

Nota. De Inkeles (1983). Copyright 1983 de Columbia University Press. Reimpreso con permiso.

los lavados asociados que acompañan a las oraciones (Mahgoub & Abdel-Hafeiz, 1991). En otras culturas, incluidas las occidentales, la religión es un tema obsesivo menos común. La cultura saudí también parece influir en la naturaleza de las compulsiones, ya que las compulsiones de limpieza son más comunes que en Occidente. Estas diferencias culturales parecen estar estrechamente relacionadas con fuertes creencias musulmanas y prácticas religiosas.

En resumen, algunos individuos en todas las culturas parecen aprensivos, preocupados, temerosos y excitados, y hacen atribuciones sobre sus preocupaciones y excitación. Además, la prevalencia de muchos trastornos de ansiedad parece relativamente constante en todo el mundo. Por ejemplo, en Lesotho (una nación africana), las prevalencias tanto del trastorno de pánico como del TAG son iguales o mayores que sus prevalencias en América del Norte (Hollifield, Katon, España, & Pulé, 1990). En uno de los estudios más completos hasta la fecha, las tasas de prevalencia del trastorno de pánico fueron notablemente similares en los Estados Unidos continentales, Canadá, Puerto Rico, Nueva Zelanda y Corea, y solo Taiwan mostró tasas algo más bajas (Horwath & Weissmann, 1997). Pero el objeto de preocupación o aprensión, la fuente del miedo y las atribuciones específicas que hacen estos individuos son específicos de la cultura y tienen marcadas implicaciones para la clasificación, el curso y el tratamiento. Uno no debe esperar que un individuo chino ansioso en Malasia esté preocupado por confrontar la nada, o que esté dispuesto a atribuir la ansiedad a deseos instintivos inconscientes o a alteraciones en la sensibilidad de los receptores serotoninérgicos. La experiencia de la ansiedad parece estar determinada culturalmente, incluso si la ocurrencia del afecto negativo básico y la mayoría de los trastornos de ansiedad es universal (ver Capítulo 2). Con las enormes dificultades para definir "ansiedad" incluso en las culturas occidentales, no sorprende que los problemas aumenten en todas las culturas.

Los misterios de la ansiedad son legión. ¿Cómo puede una emoción con la que la mayoría de nosotros estamos íntimamente familiarizados ser tan común y al mismo tiempo tan difusa y vaga? ¿La experiencia de desmayarse al ver sangre o entrar en un estado aparentemente involuntario de parálisis cuando está bajo ataque realmente tiene algo en común con los

presentimientos sobre el bienestar de nuestra familia, nuestra ocupación o nuestras finanzas, que a menudo nos preocupan? Por qué

¿Son las mujeres sorprendentemente más afectadas por la ansiedad en las culturas occidentales, mientras que los hombres buscan tratamiento en cantidades igualmente notables en las culturas orientales? ¿Por qué las personas de todo el mundo continúan involucrándose en comportamientos autodestructivos y contraproducentes cuando son perfectamente capaces de verbalizar un curso de acción y un comportamiento racionales que mejorarían la vida y serían gratificantes? Finalmente, ¿qué hay en nosotros que parece necesitar una búsqueda obsesiva de las causas de nuestras desagradables y ocasionalmente insoportables experiencias emocionales negativas? ¿Podría ser esta la fuente de las principales diferencias interculturales? ¿El sonido del viento en una cabaña en el océano o el terror de imaginar que los genitales se retraen dan como resultado la misma experiencia, ¿O es la experiencia en sí misma de alguna manera muy diferente? ¿Es la ansiedad realmente una metáfora de una experiencia humana tan heterogénea que el término ya no merece existir, como sugieren los constructivistas sociales (p. ej., Hallam, 1985)? ¿O existe realmente una experiencia universal que merece un nombre común? ¿Es el espectro de la muerte lo que es universal en la experiencia de la ansiedad, ya sea la separación de un ser querido, la confrontación con la nada, la muerte vudú o el yin abrumador? ¿O es la sombra de la inteligencia, que impulsa a los individuos y las culturas a niveles más altos de logro? Para responder a estos y todos los misterios de la ansiedad, primero debemos explorar lo básico de la naturaleza de la ansiedad en sí. 1985)? ¿O existe realmente una experiencia universal que merece un nombre común? ¿Es el espectro de la muerte lo que es universal en la experiencia de la ansiedad, ya sea la separación de un ser querido, la confrontación con la nada, la muerte vudú o el yin abrumador? ¿O es la sombra de la inteligencia, que impulsa a los individuos y las culturas a niveles más altos de logro? Para responder a estos y todos los misterios de la ansiedad, primero debemos explorar lo básico de la naturaleza de la ansiedad en sí. 1985)? ¿O existe realmente una experiencia universal que merece un nombre común? ¿Es el espectro de la muerte lo que es universal en la experiencia de la ansiedad, ya sea la separación de un ser querido, la confrontación con la nada, la muerte vudú o el yin abrumador? ¿O es la sombra de la inteligencia, que impulsa a los individuos y las culturas a niveles más altos de logro? Para responder a estos y todos los misterios de la ansiedad, primero debemos explorar lo básico de la naturaleza de la ansiedad en sí. ¿Qué impulsa a los individuos y las culturas a niveles más altos de logro? Para responder a estos y todos los misterios de la ansiedad, primero debemos explorar lo básico de la naturaleza de la ansiedad en sí. ¿Qué impulsa a los individuos y las culturas a niveles más altos de logro? Para responder a estos y todos los misterios de la ansiedad, primero debemos explorar lo básico de la naturaleza de la ansiedad en sí.

Miedo, Ansiedad, y teorías de la emoción

Si el estudio científico del comportamiento humano se ha caracterizado por el dualismo mente-cuerpo, el estudio de la emoción ha sido el principal campo de batalla. De esta manera, estudiar la emoción es muy parecido a experimentar la emoción. Uno es continuamente azotado por la variedad de ideas creativas pero contradictorias sobre este esquivo fenómeno. Durante más de 100 años, el desarrollo de puntos de vista biológicos y psicológicos de la emoción ha progresado, a veces en tándem, pero más a menudo de forma independiente. Incluso en esta era de asombroso progreso en la comprensión del comportamiento humano, siguen apareciendo libros enteros que se concentran en la visión psicológica o biológica de la emoción, sin referencia alguna a la tradición intelectual alternativa.

Si la experiencia de la emoción es el País de las Maravillas de Lewis Carroll, la ansiedad es la Reina Roja. Siempre una amenaza futura, a menudo un peligro presente insoportablemente abrumador, la Reina Roja domina el País de las Maravillas de la misma manera que el estudio de la ansiedad ha dominado las emociones. Por esta razón, es difícil considerar la naturaleza de la ansiedad sin colocarla firmemente en el contexto de lo que sabemos sobre las emociones en general.

La tradición que rodea el estudio de las emociones sigue estando influenciada por gigantes intelectuales como Darwin, James y Cannon. La mayoría de los teóricos ahora están de acuerdo en que la emoción consta de varios componentes. Solo uno de estos componentes es la experiencia subjetiva real del afecto, aunque la experiencia del afecto define la emoción para la

mayoría de nosotros. El afecto se describe como una variedad de estados de ánimo ricos y diversos (“felicidad”, “tristeza”, “ira”, “sorpresa”, “alegría”, “melancolía”, etc.). Términos como estos están fuertemente representados en nuestra herencia expresiva y literaria común. En nuestra propia experiencia, estos términos se han elaborado en variaciones sutiles que enriquecen enormemente nuestra apreciación de lo que es ser humano. Pero el conocimiento del afecto se basa en la introspección, y en un tipo de introspección cualitativa e incierta. Como tal, es un tema resbaladizo para la ciencia. Otros componentes del sistema emocional son más adecuados para la investigación científica y, por lo tanto, se han enfatizado.

Además de la experiencia subjetiva del afecto, la emoción también se considera fundamentalmente un conjunto de conductas expresivas, una respuesta neurobiológica integrada y una percepción o valoración cognitiva. Durante la mayor parte de los últimos 100 años, los investigadores inmersos en una tradición particular se concentraron en un componente u otro, como los aspectos conductuales, neurobiológicos o cognitivos de la emoción. Dado que estas tradiciones en el estudio de la emoción sustentan los enfoques del estudio de la ansiedad, se revisaron con cierto detalle en la primera edición de este libro.

37

38

TRASTORNOS

LA ANSIEDAD Y SUS

Durante la última década, el estudio de la emoción se ha vuelto más integrador (p. ej., Ekman & Davidson, 1994; Lang, 1994a). Por lo tanto, solo comienzan este capítulo resúmenes de tradiciones pasadas en el estudio de la emoción, seguidos de breves descripciones de modelos prominentes de ansiedad que se relacionan estrechamente con estas tradiciones específicas en la teoría de la emoción. Las teorías de la ansiedad también se elaboran en las teorías de la personalidad, donde la ansiedad se conceptualiza como un rasgo de personalidad. “Rasgo”, en este contexto, se refiere a una disposición a comportarse ansiosamente con cierta consistencia a lo largo del tiempo o entre situaciones. Por ejemplo, la medida más popular del rasgo de ansiedad, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), simplemente pregunta a los sujetos si se sienten ansiosos la mayor parte del tiempo (“rasgo”) en lugar de en ese momento (“estado”). Por lo tanto,

El capítulo termina con una descripción de otro enfoque más para estudiar la emoción, un enfoque que se basa en un análisis dimensional, después de considerar las teorías integradoras de la emoción más recientes. El conocimiento de las grandes tradiciones en el estudio de la emoción y sus modelos derivados de la ansiedad sigue teniendo una relación directa con el estudio de la ansiedad y el miedo; dicho conocimiento proporciona una base importante para las exposiciones teóricas y clínicas de este libro.

EMOCIÓN COMO COMPORTAMIENTO

La primera gran tradición en el estudio del comportamiento emocional fue iniciada por Charles Darwin, en un libro titulado *La expresión de las emociones en el hombre y los animales* (1872). Sobre la base de una tradición que se remonta a Aristóteles, Darwin enfatizó la expresión conductual, incluida la expresión facial, como el aspecto fundamental de la emoción. El legado de Darwin está vivo y bien hoy, y continúa teniendo una fuerte influencia en el campo, debido a la amplitud y profundidad de la evidencia experimental de apoyo (por ejemplo, Ekman & Davidson, 1994). A pesar de esta larga tradición, las implicaciones de la evidencia de esta área

de estudio han sido ignoradas en su mayor parte por psicopatólogos y clínicos que investigan los trastornos emocionales.

La premisa subyacente del estudio del comportamiento expresivo y su función es que las emociones son patrones innatos de reacción y respuesta que han evolucionado en muchas formas de vida debido a su significado funcional. Aunque claramente modificables por el aprendizaje y la maduración, estos patrones básicos de emoción están presentes en humanos y animales al nacer, y muestran una notable consistencia tanto dentro como entre especies (Izard, 1977). Dado que los medios principales para expresarse tanto en animales como en humanos son las posturas no verbales y las expresiones faciales, estos comportamientos objetivos se han convertido en un foco de estudio. Se han utilizado varias líneas diferentes de evidencia para apoyar la centralidad del comportamiento expresivo (Izard, 1977; Izard & Blumberg, 1985; Plutchik, 1980). Entre estos se encuentran las consistencias mencionadas anteriormente en las expresiones emocionales a través de muchas especies de animales. Además, Darwin señaló que en los humanos, las expresiones emocionales son similares a diferentes edades. Los bebés expresan sus emociones de la misma manera que los adultos, antes de que pueda tener lugar el aprendizaje necesario para esta expresión. Darwin también hizo la intrigante observación de que las expresiones emocionales sutiles representadas en las expresiones faciales son las mismas en los ciegos de nacimiento que en los que normalmente ven, y que muchas expresiones emocionales están presentes de manera similar en diferentes culturas y razas. Estas declaraciones continúan recibiendo un fuerte apoyo (Ekman, 1994; Izard, 1994). Los bebés expresan sus emociones de la misma manera que los adultos, antes de que pueda tener lugar el

aprendizaje necesario para esta expresión. Darwin también hizo la intrigante observación de que las expresiones emocionales sutiles representadas en las expresiones faciales son las mismas en los ciegos de nacimiento que en los que normalmente ven, y que muchas expresiones emocionales están presentes de manera similar en diferentes culturas y razas. Estas declaraciones continúan recibiendo un fuerte apoyo (Ekman, 1994; Izard, 1994). Los bebés expresan sus emociones de la misma manera que los adultos, antes de que pueda tener lugar el aprendizaje necesario para esta expresión. Darwin también hizo la intrigante observación de que las expresiones emocionales sutiles representadas en las expresiones faciales son las mismas en los ciegos de nacimiento que en los que normalmente ven, y que muchas expresiones emocionales están presentes de manera similar en diferentes culturas y razas. Estas declaraciones continúan recibiendo un fuerte apoyo (Ekman, 1994; Izard, 1994). y que muchas expresiones emocionales están presentes de manera similar en diferentes culturas y razas. Estas declaraciones continúan recibiendo un fuerte apoyo (Ekman, 1994; Izard, 1994). y que muchas expresiones emocionales están presentes de manera similar en diferentes culturas y razas. Estas declaraciones continúan recibiendo un fuerte apoyo (Ekman, 1994; Izard, 1994).

La función primaria o el valor adaptativo del comportamiento emocional incluye no solo la preparación para la acción, sino también la comunicación de un miembro de la especie a otro. Por ejemplo, la función de la emoción del miedo parece claramente preparar al animal para la inmediata

Acción inmediata y decisiva, por lo general huir o pelear. Pero la expresión de miedo también comunica peligro a otros animales y, por lo tanto, afecta sus posibilidades de supervivencia, lo que permite a los observadores responder más rápidamente a una amenaza que quizás no hayan anticipado. La expresión de muchas emociones tiene el mismo valor comunicativo o de señal. La suposición subyacente de este enfoque expresivo-conductual es que los patrones básicos de emoción difieren entre sí de manera fundamental, y varios datos conductuales y psicopatológicos respaldan esta proposición (Izard, 1994; Schwartz, Weinburger y Singer, 1981; Izard y Youngstrom, 1996; Ekman, Levenson y Friesen, 1983; Rusalova, Izard y Simonov, 1975; Schwartz, Fair, Salt, Mandel y Klerman, 1976).

El desarrollo de las emociones en los niños pequeños

Otra importante línea de evidencia que respalda el carácter "innato" de la emoción proviene del estudio del desarrollo de las emociones en los niños pequeños (Lewis, 1993). Los teóricos de la emoción que estudian los procesos de desarrollo han notado la aparición de respuestas emocionales aparentemente innatas en puntos muy específicos del desarrollo. A los 3 meses, la expresión facial de los bebés durante ciertos estados emocionales comienza a mostrar una consistencia notable con las expresiones faciales de los adultos que reflejan la misma emoción (Emde, 1980; Emde, Kligman, Reich y Wade, 1978; Lewis, 1993). Estas emociones y expresiones faciales en los bebés también parecen ser consistentes entre culturas (Bowlby, 1973; Izard, 1971, 1991). El valor funcional de la expresión de la emoción en los bebés es particularmente evidente, en que los padres confían en estas expresiones emocionales para

guiar su interacción con un bebé y medir las necesidades del niño. Dado que el lenguaje no está disponible en este momento, la comprensión del comportamiento expresivo no verbal es realmente el único medio de comunicación, y su valor adaptativo es evidente.

La aparición de expresiones emocionales como la sonrisa y el llanto ha sido objeto de investigación por parte de los desarrollistas (p. ej., Emde, Gaensbauer y Harmon, 1976). Particularmente interesante para aquellos preocupados por la ansiedad de los adultos es el surgimiento de lo que se ha denominado “angustia del extraño” y “angustia de la separación” (Bowlby, 1973; Campbell, 1986). Emde et al. (1976) sugieren que estas dos formas de angustia son fenómenos separados. Específicamente, la angustia ante los extraños aparece en algunos bebés entre los 7 y los 9 meses de edad, con una edad promedio de inicio de aproximadamente 8 meses y un pico alrededor de los 9 meses de edad. Como lo sugieren los medios, el inicio es rápido (a menudo dentro de 1 mes), disminuyendo bastante rápido después de eso. La angustia ante los extraños se caracteriza por expresiones de miedo, llanto e intentos de escapar en presencia de un “extraño,

Por otro lado, la angustia por la separación (específicamente, la angustia por la separación de la madre) parece comenzar algo antes en algunos bebés, aproximadamente a los 4 meses, y aumenta de manera gradual y esporádica; alcanza un punto máximo alrededor de los 13 a 18 meses y luego disminuye. Los primeros teóricos pensaron que la angustia de los extraños podría reflejar el miedo a perder a la madre, pero estudios de observación cuidadosos sugieren que este no es el caso. Para tomar sólo un ejemplo, muchos bebés muestran angustia ante los extraños, aunque todavía no han desarrollado angustia por la separación y no muestran ninguna reacción ante la partida de la madre. Debido a estos patrones de desarrollo muy diferentes y a una variedad de otras evidencias, la angustia por separación y la angustia por extraños parecen fenómenos muy diferentes. Las aves y los mamíferos también parecen mostrar angustia ante los extraños. Específicamente, estas especies comenzarán a huir de especies extrañas o de ciertas configuraciones visuales en puntos muy concretos de su desarrollo. Es probable que la angustia de los extraños ocurra en todas las especies, aunque el desarrollo de esta respuesta ocurre un

poco más tarde a medida que uno asciende en la escala filogenética (o, más exactamente, como organización neuronal).

ción se vuelve más compleja). Los tiempos aproximados de aparición de esta reacción de vuelo en diferentes especies han sido organizados por Emde et al. (1976) y se presentan en la Tabla 2.1 adaptada por Plutchik (1980).

En cualquier caso, Emde et al. (1976) sugieren que el desarrollo de la angustia ante los extraños indica la aparición de un sistema de miedo coherente en humanos entre los 7 y los 9 meses de edad, y observaciones posteriores confirman este período de tiempo (Lewis, 1993). Basándose en sus observaciones del desarrollo emocional de los bebés, concluyen que esta respuesta tiene una base innata; que aparece universalmente en todas las culturas; que tiene el mismo curso en lactantes con ceguera congénita; y que ocurre con mayor sincronía en gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos. Además, no hay evidencia de que el aprendizaje tenga un efecto sobre la aparición de esta respuesta. Por otro lado, los factores contextuales, como la presencia o ausencia de la madre, sí parecen afectar la expresión de la respuesta.

Además, parece que el miedo a los extraños es solo un ejemplo de miedo específico que

Aunmas, parece que el miedo a los extraños es solo un ejemplo de miedo específico que ocurre ante muchos estímulos en este momento. Si esto es así, entonces la angustia ante los extraños es la primera y principal expresión del miedo puro, y los psicopatólogos deberían reconocerlo como tal en busca de precursores del desarrollo de los trastornos de ansiedad en adultos. Esta observación se vuelve importante en la discusión de los orígenes del miedo y el pánico en el Capítulo 7.

La primacía del afecto

El resurgimiento de la tradición expresivo-conductual en la psicología básica, si no en la psicopatología, ha sido representado por la reiteración de Zajonc de la primacía del afecto (Zajonc, 1980, 1984). Al señalar que la mayoría de los teóricos contemporáneos suelen considerar que el afecto es poscognitivo, sugiere lo contrario. Específicamente, especula que el afecto y la cognición están bajo el control de sistemas separados y parcialmente independientes, una premisa que está recibiendo un apoyo experimental cada vez mayor (Barnard y Teasdale, 1991; LeDoux, 1996; Lang, Davis y Öhman, 2000; Öhman , 1999). Esta información, a su vez, influye en los procesos perceptivos y evaluativos en curso. Zajonc también sugiere que las respuestas afectivas son “sin esfuerzo, ineludibles, irrevocables, holísticas, más difíciles de verbalizar pero fáciles de comunicar y comprender” (1980, p. 169).

TABLA 2.1. Tiempo aproximado de
Aparición de reacciones de vuelo en
Especies diferentes

Especies	Tiempo de aparición
Aves	24 horas
gatos	5 semanas
Perros	5–7 semanas
monos	2-3 meses
chimpancés	4–6 meses
humanos	7–9 meses

Nota. Adaptado por Plutchik (1980) de Emde, Gaensbauer y Harmon (1976). Derechos de autor 1976 por International Universities Press, Inc. Adaptado con permiso

La emoción como sensación de cambios corporales:
La teoría de James-Lange

William James (1890) propuso por primera vez un enfoque relacionado con las emociones, familiar para todos los que han leído un libro de texto de introducción a la psicología. El trabajo posterior de un fisiólogo danés llamado C. Carl Lange que sugirió una idea similar (pero no idéntica) dio como resultado la conceptualización conocida como la "teoría de James-Lange". La premisa básica de sus ideas era que los cambios corporales y de comportamiento, que difieren de una emoción a otra, ocurren como respuesta a algún evento antecedente, y que la sensación o “sentimiento” de estos cambios corporales es provocada por el cambio corporal y

de comportamiento, cambios. James señaló que esta secuencia es contraria a la visión más de sentido común, en la que se produce una emoción porque la percepción de una situación da lugar a un "sentimiento" consciente de emoción, que luego es seguido por varios cambios corporales o comportamientos.

De hecho, este enfoque es similar y compatible con las concepciones conductuales evolutivas de las emociones, aunque aparece un énfasis ligeramente diferente (ver más abajo). Dentro de la concepción de James-Lange, la idea de que existen emociones básicas que difieren entre sí y tienen un valor adaptativo funcional es consistente con las teorías del comportamiento. Lo que hizo James fue enfatizar las reacciones viscerales como uno de los componentes primarios de la emoción, mientras que al mismo tiempo señaló la importancia de la experiencia subjetiva del afecto, una combinación ignorada en gran medida por los primeros teóricos de la evolución.

Desafortunadamente, rápidamente se puso de moda la idea de que las emociones que James consideraba tan importantes. La mayor parte de la evidencia de esta observación giró en torno a ejemplos en los que se desconectó la reactividad autónoma, a veces quirúrgicamente, del resto del sistema nervioso; sin embargo, la experiencia emocional y el comportamiento no se vieron disminuidos. Por ejemplo, en 1929, Walter Cannon informó que cuando los animales no tenían ningún impulso sensorial visceral disponible después de la desconexión quirúrgica, aún podían mostrar un comportamiento típico relacionado con las emociones. Se han reunido varios argumentos adicionales contra esta concepción de la emoción (Lang, 1994a; Plutchik, 1980).

MIEDO Y ANSIEDAD COMO CONDUCTA EXPRESADA

En el enfoque neoevolutivo, el miedo se considera una emoción básica, fundamental y discreta que está universalmente presente en todas las edades, culturas, razas y especies. Pocos estarían en desacuerdo en que esta emoción, innata o no, es universal y tiene un claro valor funcional en el sentido evolutivo. Pero a pesar de toda la claridad con la que los teóricos de las emociones discretas conceptualizan el miedo como una emoción individual básica, la “ansiedad” se ha considerado diferente de las emociones discretas y, al mismo tiempo, algo muy vago, impreciso y confuso.

Por ejemplo, Izard (1977) ha visto la ansiedad como un híbrido o una mezcla de una serie de emociones, aunque se admite que el miedo es dominante en la mezcla. Las emociones básicas que se consideran más comúnmente combinadas con el miedo para compensar la ansiedad incluyen angustia/tristeza,

ira, vergüenza, culpa e interés/emoción. Además, la ansiedad, según la opinión de Izard, puede asumir una mezcla diferente a lo largo del tiempo y las situaciones. Por ejemplo, en un caso, el miedo, la angustia y la ira pueden ser la combinación a la que el individuo se refiere como “ansiedad”; en otro caso, la vergüenza y la culpa pueden combinarse con el miedo.

Naturalmente, tales combinaciones hacen que sea realmente difícil hablar de ansiedad de manera precisa. No obstante, se considera que la ansiedad es una combinación de emociones innatas fundamentales, cada una de las cuales se modifica con el aprendizaje y la experiencia. Los individuos pueden aprender a asociar emociones discretas como el miedo con una gran cantidad de factores cognitivos y situacionales, incluida la evocación de otras emociones relacionadas.

Según Izard (1977; Izard & Blumberg, 1985), el desarrollo de una personalidad ansiosa es el resultado de la interacción del aprendizaje con las emociones básicas, lo que da como resultado estructuras afectivo-cognitivas estables que son similares a los rasgos. Estos "rasgos" resultan de la repetición de patrones particulares de interacciones afectivo-cognitivas. Izard y otros teóricos neoevolutivos permiten "umbrales de emoción" determinados biológicamente, que contribuyen a la frecuencia o intensidad de una emoción o una combinación de emociones, y a su percepción como un rasgo de personalidad. De acuerdo con la teoría de la emoción diferencial de Izard, sin embargo, los umbrales emocionales biológicos son específicos para una emoción u otra, en lugar de contribuir a un rasgo general de emocionalidad. Esta combinación de factores, entonces, se cree que explica el desarrollo de una personalidad "ansiosa". Aunque el miedo es una emoción innata básica, una personalidad ansiosa en su mayor parte se aprende. Pero Izard (1977) concluye que la ansiedad, debido a esta vaguedad, "nunca puede obtener la precisión requerida para guiar la investigación científica definitiva" (p. 378). Como se señaló en el Capítulo 1, muchos médicos no están acostumbrados a hacer distinciones entre el miedo y la ansiedad y, en general, han prestado poca atención al miedo y la ansiedad tal como los conceptualizan los teóricos de la emoción.

LA EMOCIÓN COMO BIOLOGÍA

Una tradición verdaderamente diferente en el estudio de las emociones fue iniciada por Walter

Después (de descartar la teoría de James-Lange, la investigación creativa e influyente de Cannon se centró en el proceso de "extirpación de partes" o extirpación quirúrgica de varias áreas del cerebro en animales. Cannon descubrió, entre otras cosas, que la extirpación de parte o la totalidad de la corteza cerebral parecía liberar emociones. Por lo tanto, no se pensaba que la corteza, en general, estuviera directamente involucrada en la emoción, excepto para cumplir una función de control. Más bien, se pensó que el sitio de la emoción era el hipotálamo, que, cuando se destruyó, resultó en una eliminación dramática de la mayoría de los componentes de la emoción. Esencialmente, Cannon razonó que la experiencia subjetiva del afecto,

Una larga y distinguida serie de investigadores ha intentado comprender la emoción en términos de procesos cerebrales que están activos durante los estados emocionales. Gran parte de la actividad inicial se centró en el sistema límbico (p. ej., MacLean, 1963), aunque también han estado involucradas otras áreas del cerebro. Durante años, la principal metodología de investigación siguió siendo la extirpación de varias secciones del cerebro, y posteriormente se observaron cambios en las respuestas emocionales. En años posteriores, la estimulación eléctrica más precisa de varias áreas del cerebro se correlacionó con el comportamiento emocional. El objetivo de los estudios de estimulación y ablación cerebral era localizar áreas

neuroanatómicas específicas asociadas con cada emoción. Esta fue una línea de investigación fructífera y útil en décadas anteriores, aunque la investigación actual se centra tanto en la función cerebral como en la estructura cerebral (p. g., Lang et al., 2000). En todo caso,

incluso esta investigación inicial sugirió que las áreas del cerebro asociadas con la expresión emocional son generalmente filogenéticamente más antiguas y primitivas, y que puede haber conexiones neurobiológicas directas entre estas áreas antiguas y la retina, que permiten la activación emocional sin la intermediación de los procesos cognitivos superiores. (Moore, 1973; Zajonc, 1984; LeDoux, 1987; Izard, 1992). Este hallazgo, en particular, ha recibido apoyo empírico, ya que los científicos han descubierto múltiples vías corticales y subcorticales para la activación emocional (LeDoux, 1996; Lang et al., 2000). Estas áreas del cerebro también se comparten en gran medida con otras especies más primitivas. Muchas de estas especies no poseen áreas corticales asociadas con procesos cognitivos superiores.

Investigaciones posteriores revelaron que no se obtenían respuestas fáciles sobre el sitio preciso de varias emociones, ya que la estimulación de la misma área en condiciones algo diferentes puede producir diferentes respuestas emocionales (y no emocionales). Por el contrario, estimular áreas algo diferentes puede producir respuestas emocionales similares en diferentes momentos (Izard, 1977; Panksepp, 1982; Plutchik, 1980). Como se señaló anteriormente, los avances más recientes en neurociencia han centrado la atención en sistemas específicos de neurotransmisores y neuromoduladores y su relación con las emociones. Con este nuevo énfasis se ha dado cuenta de que la exploración neuroanatómica detallada nunca ofrecerá una explicación completa, ni siquiera a un nivel neurobiológico básico, del funcionamiento de las emociones (Lang, 1994b; Gray & McNaughton, 1996; LeDoux, 1995, 1996).

Dentro de la tradición biológica de estudio, la noción de que las respuestas emocionales son distintas y separadas permanece prácticamente intacta. Aunque Cannon (1929) asumió que la "excitación" emocional es un fenómeno unitario, con diferentes niveles de excitación que explican las diferentes emociones, la mayoría de los neurobiólogos modernos buscan diferentes sistemas de neurotransmisores que involucren múltiples áreas del cerebro como posiblemente la base de la variedad de emociones o dimensiones. siones de afecto positivo y negativo. Aunque todavía no hay evidencia firme disponible, hay algunas pistas prometedoras. (En el Capítulo 6 se presenta una revisión de la investigación relevante para la ansiedad dentro de este contexto).

Por supuesto, algunos teóricos neurobiológicos se concentran en los procesos biológicos y tienden a ignorar los temas relacionados con los antecedentes de las emociones y la percepción que inicia el proceso emocional. Esta tendencia, junto con el peligro siempre presente de reducir una respuesta humana compleja como la emoción a sus componentes químicos y celulares, ha mantenido a muchos teóricos biológicos menos conscientes de los avances en enfoques alternativos de las emociones, un estado de cosas que, desafortunadamente, caracteriza el estudio de la emoción en general. Como señaló Lazarus (1984) hace casi 20 años, nada menos que Sperry (1982), una autoridad en neurobiología de la emoción y la conducta, se desesperaba por encontrar sitios anatómicos específicos o sistemas neurobiológicos asociados exclusivamente con una u otra emoción.

LA ANSIEDAD COMO BIOLOGIA

A lo largo de los años, varios teóricos se han concentrado en la base neurobiológica de la ansiedad al formular modelos teóricos de ansiedad e inhibición. Aunque el enfoque de la investigación ha cambiado de una perspectiva únicamente neuroanatómica a una que combina la neuroanatomía con la fisiología del receptor, la bioquímica y la función cerebral, el énfasis, que se remonta a Cannon, en la emoción (y, por lo tanto, la ansiedad) como evento neurobiológico permanece. Los nuevos desarrollos y los datos sobre los puntos de vista

genéticos, psicofisiológicos y neurobiológicos de la ansiedad se presentan con cierto detalle en el Capítulo 6. Sin embargo, en este punto es útil

TRASTORNOS

Consideremos brevemente varios modelos de rasgos de la ansiedad que se basan en teorías biológicas, ya que estas teorías sobre la personalidad o el temperamento han jugado un papel importante en nuestro pensamiento sobre la ansiedad.

Neuroticismo introvertido de Eysenck

La que sin duda es la teoría biológica de la personalidad más conocida fue originada y elaborada por Hans Eysenck (1967, 1981). Eysenck basó su teoría en diferentes niveles o intensidades de excitación cortical. Sugirió que las emociones positivas o placenteras están asociadas con niveles moderados de excitación; Las emociones negativas o desagradables se asocian con una excitación demasiado alta o demasiado baja. Este estado de cosas motiva a las personas a buscar niveles moderados de excitación y evitar los extremos. Sin embargo, dado que los individuos difieren notablemente en su nivel de excitación en reposo, que está determinado biológicamente, las diferencias constantes y duraderas en el comportamiento aparecen como resultado directo de los niveles de excitabilidad. Específicamente, las personas con niveles relativamente bajos de excitación cortical (debido a un bajo nivel crónico de

reactividad del sistema de activación reticular ascendente) tienden a buscar niveles óptimos más altos de excitación cortical y mayores cantidades de estimulación. Las personas en este grupo son "extravertidas". Las personas "introvertidas", por otro lado, encuentran sus niveles óptimos de excitación en niveles de estimulación mucho más bajos.

El otro eje bien conocido en la teoría de Eysenck, que es de mayor interés para nosotros aquí, tiene un constructo llamado "neuroticismo" en un extremo y uno denominado "estabilidad" en el otro extremo. Se cree que el factor biológico subyacente asociado con esta dimensión de la personalidad es la reactividad del sistema nervioso autónomo, que se retroalimenta para influir en la actividad del sistema límbico. Los individuos neuróticos poseen la característica de una intensa actividad del sistema nervioso autónomo y tasas de habituación muy lentas. Estos ejes, presentados en la Figura 2.1,

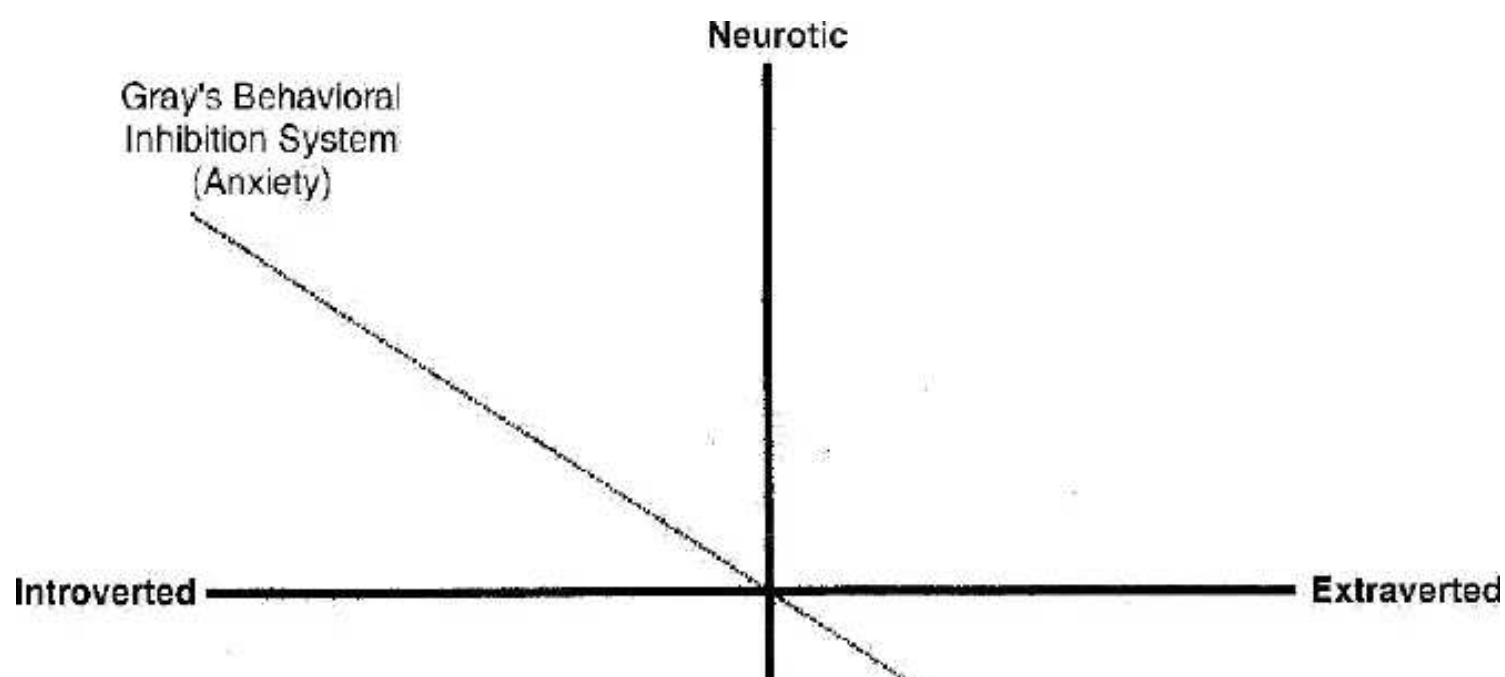




FIGURA 2.1. Los ejes de introversión-extraversión y neuroticismo-estabilidad de Eysenck, con el de Gray eje ansiedad-impulsividad superpuesto. Adaptado de Eysenck (1967). Copyright 1967 por Charles C Thomas. Adaptado con permiso.

han aparecido durante décadas en los libros de texto sobre psicopatología. La teoría de Eysenck ha tenido una profunda influencia, y algunas teorías más nuevas que se revisan a continuación se basan en el trabajo de Eysenck.

Aunque la teoría de Eysenck es una teoría moderna de la personalidad que intenta abarcar toda la gama de comportamientos, la estrecha relación de este enfoque con la teoría biológica sobre la emoción y su relación directa con las opiniones de Cannon (1929) sobre la emoción son evidentes. Así, se considera que la emoción en general y la ansiedad en particular resultan en gran parte de la interacción de los rasgos individuales de excitación cortical y reactividad del sistema nervioso autónomo con la influencia del sistema límbico. Las personas ansiosas tienden a tener altos niveles de activación cortical en reposo y alta reactividad del sistema nervioso autónomo. A diferencia de Cannon, por supuesto, Eysenck fue un pionero en defender el papel interactivo del aprendizaje y el condicionamiento en la formación y expresión de estos rasgos de personalidad. así como en el alivio de la psicopatología derivada de los extremos de estos rasgos biológicos. Al propagar estas nociones, Eysenck (1960) se convirtió en uno de los fundadores de la terapia conductual.

Sistema de inhibición conductual de Gray

Uno de los principales teóricos de la base neurobiológica de la ansiedad es Jeffrey Gray, cuya cuidadosa experimentación en sus laboratorios con animales y su posterior creación teórica se mencionan con frecuencia en este libro. En lugar de confiar en el concepto cada vez más insostenible de la intensidad diferencial de la excitación (ver Capítulo 6), Gray (1982; Gray & McNaughton, 1996) ha propuesto que la personalidad y las emociones están determinadas por tres sistemas afectivos-motivacionales diferentes. El sistema primario en su modelo es el sistema de inhibición conductual (BIS), que consta del área septal, el hipocampo y el circuito de Papez. Este sistema incluye entradas neocorticales al sistema septo-hipocampal, entradas dopaminérgicas ascendentes a la corteza prefrontal, entradas colinérgicas ascendentes al sistema septo-hipocampal, entrada noradrenérgica al hipotálamo y las fibras noradrenérgicas descendentes del locus ceruleus. Después de la entrada de estímulos específicos (particularmente señales de castigo, no recompensa y novedad), el BIS suprime el comportamiento en curso y redirige la atención hacia los estímulos relevantes. En opinión de Gray, un SBI activo y sensible que reacciona a las señales de novedad o castigo con una inhibición exagerada es la base biológica de la ansiedad. Un sistema complementario que involucra el haz del prosencéfalo medial responde a las señales de recompensas y no castigos (señales de seguridad) facilitando el enfoque (el sistema de enfoque conductual). Estos dos sistemas, entonces, regulan gran parte del comportamiento del organismo. Como señala Gray

(1982, 1985), lo que ha hecho es enfatizar una nueva dimensión o eje, uno de sus extremos cae entre la introversión de Eysenck y el neuroticismo (ver Figura 2.1). Por lo tanto, el rasgo de "ansiedad" cae 45 grados desde la introversión o el neuroticismo. Los individuos con un BIS activo (es decir, individuos ansiosos) reflejan una combinación de la introversión y el neuroticismo de Eysenck. Por otro lado, las personas con un sistema de enfoque conductual activo, que a veces se denomina "impulsividad", reflejan una combinación de extroversión y estabilidad. El nuevo eje de Gray se superpone a los ejes de Eysenck en la Figura 2.1. que a veces se denomina "impulsividad", refleja una combinación de extroversión y estabilidad. El nuevo eje de Gray se superpone a los ejes de Eysenck en la Figura 2.1. que a veces se denomina "impulsividad", refleja una combinación de extroversión y estabilidad. El nuevo eje de Gray se superpone a los ejes de Eysenck en la Figura 2.1.

Un tercer sistema, el sistema de lucha y huida (FFS, por sus siglas en inglés), responde al castigo incondicionado (especialmente al dolor) y a la falta de recompensa frustrante incondicionada mediante agresión defensiva y/o comportamiento de escape incondicionado (Gray, 1991; Gray y McNaughton, 1996). En contraste con el BIS, el FFS se caracteriza por

oleadas de excitación autónoma y las tendencias de acción asociadas de escape, evitación activa o agresión defensiva. Este sistema está organizado en la sustancia gris periacueductal central y el hipotálamo medial, con el control descendente de la amígdala. Las entradas y salidas para el BIS y el FFS se muestran en la Figura 2.2. A continuación se analiza que parece haber dos sistemas fundamentalmente distintos, aunque relacionados, que subyacen a la ansiedad por un lado (BIS) y al miedo o pánico por el otro (FFS).

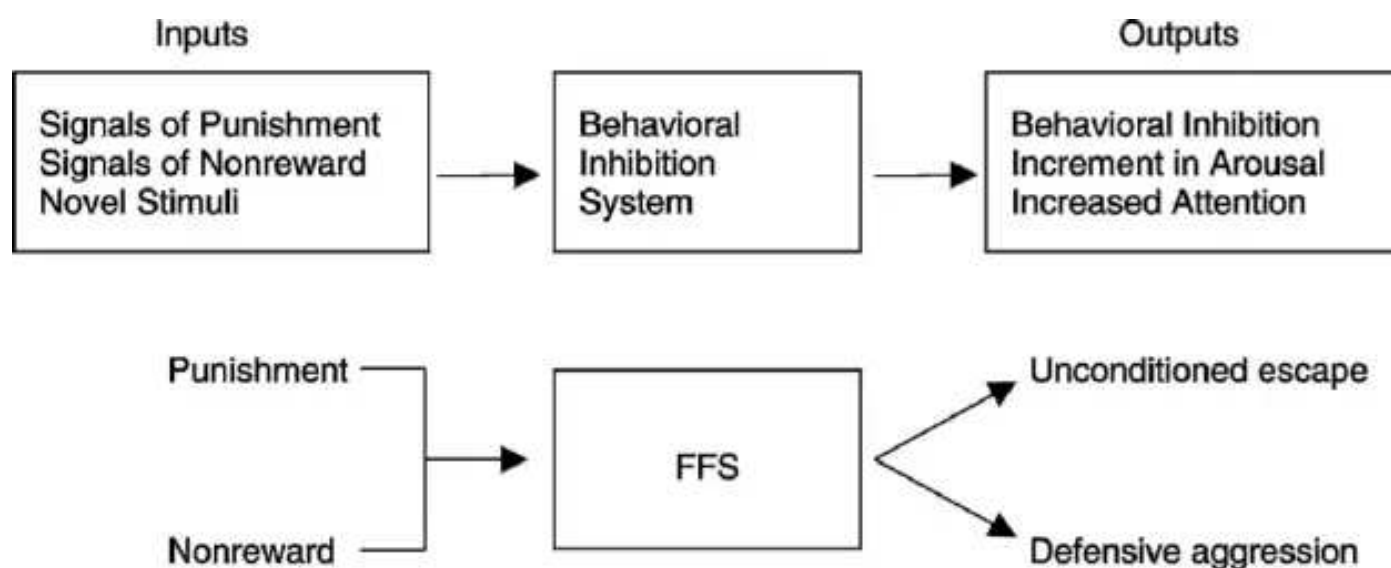


FIGURA 2.2. Entradas y salidas para el BIS y FFS. De Gray y McNaughton (1996).

Copyright 1996 de University of Nebraska Press. Reimpreso con permiso.

Inhibición conductual de Kagan

En la década de 1980, Jerome Kagan y sus colegas (Kagan, 1989, 1994; Kagan y Snidman, 1991, 1999; Kagan, Snidman y Arcus, 1992; Kagan, Reznick y Snidman, 1988) informaron que aproximadamente entre el 15 y el 20 % de Los niños americanos europeos de 2 años reaccionaron ante la novedad o los extraños de una manera característica. Lo más típico es que los niños tiendan a retirarse de la persona o el entorno desconocidos y busquen consuelo en alguien que conocen bien, como un padre. Además, se verían temerosos y angustiados, suprimirían cualquier juego o comportamiento social en curso y se abstendrían de interactuar en absoluto con el objeto o entorno desconocido o de vocalizar o sonreír. El grupo de Kagan también notó que un mayor porcentaje de niños (aproximadamente 30 a 35 %) tendía a mostrar

un perfil de comportamiento en el otro extremo del continuo, caracterizado por un acercamiento relativamente rápido a personas u objetos desconocidos acompañado de

acercamiento relativamente rápido a personas u objetos desconocidos, acompañado de vocalización espontánea y sonrisas. . Curiosamente, alrededor del 75% de los niños que se caracterizan por poseer uno de estos dos perfiles de comportamiento conservaron algunos aspectos de ese perfil identificable en su octavo año (Kagan et al., 1988), lo que indica una estabilidad notable. Kagan (1989) denominó a estos perfiles “temperamentos”, para reflejar su conclusión de que los grupos conductuales tienen una base biológica relativamente estable en el genotipo del organismo. Por otro lado, también ha observado que el entorno es claramente capaz de modificar estas tendencias de base biológica. Tabla 2.

Kagan ha observado una variedad de correlatos fisiológicos de la inhibición del comportamiento, que incluyen niveles elevados de cortisol salival y tensión muscular,

frecuencia cardíaca alta. El estable y mayor dilatación de las pupilas, los niveles elevados de catecolaminas urinarias. Él atribuye estas variaciones de comportamiento a predisposiciones biológicas, específicamente, a la reactividad de varios circuitos cerebrales que se originan en la amígdala. Presupone que debido a que estos circuitos cerebrales están asociados con la actividad motora y las llamadas de socorro en los animales, la variación en el mismo comportamiento en los bebés pequeños también podría reflejar la variabilidad en los umbrales de estos circuitos cerebrales (Kagan et al., 1992). Kagan también cita el trabajo de Davidson (1992) y Fox (1991) que muestra que los niños inhibidos evidencian una mayor activación de la actividad alfa en el área frontal derecha del cerebro medida por métodos electroencefalográficos, en contraste con los niños desinhibidos, que muestran una mayor actividad en el área frontal derecha del cerebro. zona frontal izquierda. Kagan et al. (1992) señalan que estos resultados son consistentes con la evidencia emergente de que el hemisferio

derecho está más fuertemente asociado con el afecto negativo que el izquierdo. Curiosamente, como se mencionó en el Capítulo 6, derecho-

TABLA 2.2. Diferencias entre bebés de 14 meses a 7,5 años de alta y baja reacción

Variable	Altamente reactivo ^a	Baja reactiva ^a	
Miedo medio a los 14 meses	4.2 (2.4)	2.5 (1.6)	$t(286) = 11,1, p < 0,001$
Miedo medio a los 21 meses	3.4 (2.5)	2.0 (1.9)	$t(243) = 4.67, p < .001$
Comentarios espontáneos medios a los 4,5 años	40.7 (39.3)	53.7 (47.5)	$t(191) = 1,96, p < 0,05$
Sonrisas medias a los 4,5 años.	17.8 (15.3)	27.7 (19.3)	$t(191) = 3,69, p < 0,01$
Porcentaje inhibido con sus compañeros a los 4,5 años	46%	10%	$\} \chi^2 (1) = 35,5, pag < .001$
Porcentaje desinhibido con sus compañeros a los 4,5 años	27%	67%	
Media de comentarios espontáneos a los 7,5 años	19.6 (27.9)	32.8 (30.3)	$t(109) = 2,37, p < 0,01$
Sonrisas malas a los 7,5 años	14.4 (18.2)	22.0 (21.5)	$t(109) = 1,97, p < 0,05$

	(18.2)	(21.5)	
Porcentaje con síntomas ansiosos a los 7,5 años	45%	15%	$\chi^2 (2) = 12,8, pag < .01$

Nota. De Kagan y Snidman (1999). Copyright 1999 de la Sociedad de Psiquiatría Biológica. Reimpreso con permiso.

^aLos números entre paréntesis son las desviaciones estándar.

La activación del hemisferio cerebral anterior lateral en adultos puede indicar una vulnerabilidad crónica a la ansiedad y la depresión adultas (Davidson, 1993b).

Kagan cree que este temperamento tiene un fuerte componente hereditario, que estima en aproximadamente 0,50 (Robinson, Kagan, Reznick y Corley, 1992). Otros que han calculado cuidadosamente la heredabilidad de varios temperamentos en los niños hacen estimaciones un poco más bajas en el rango de .30 a .50 (p. ej., Saudino y Cherny, 2001). Una vez más, Kagan reconoce fácilmente la importancia del entorno en la activación y modulación de este temperamento (Kagan, 1997; Kagan, Snidman y Arcus, 1998). De hecho, él prefiere conceptualizar este sesgo temperamental como “restringiendo” la probabilidad de desarrollar un perfil consistentemente intrépido y espontáneo, en lugar de determinar un fenotipo ansioso o introvertido (Kagan & Snidman, 1999). Sin embargo, él cree que su base biológica (que es muy probable que sean umbrales más bajos de reactividad en los circuitos cerebrales que se originan en la amígdala) debe considerarse una disposición cualitativamente diferente, en lugar de una dimensión que va de inhibida a desinhibida (Kagan & Snidmann, 1991). Él cita una variedad de evidencia que respalda esta opinión, incluidos diferentes perfiles de características físicas, como el color de los ojos y el ancho de la cara, además de diferentes fisiologías. Específicamente, Kagan encuentra una mayor proporción de niños inhibidos entre aquellos con las características más nórdicas de ojos azules y cabello rubio, un hallazgo que atribuye a un desarrollo neurobiológico fundamental influenciado por la evolución en el cerebro (p. ej., Rosenberg y Kagan, 1987; Kagan , 1994).

El trabajo sobre este temperamento es cada vez más influyente entre quienes estudian la naturaleza y el desarrollo de la ansiedad. Varios estudios ahora muestran una conexión entre este temperamento y el desarrollo de trastornos de ansiedad. Por ejemplo, los niños que poseen

este temperamento tienen un mayor riesgo de desarrollar múltiples trastornos de ansiedad en el futuro.

en la niñez (Biederman et al., 1993; Hirshfeld et al., 1992). Además, Rosenbaum, Biederman, Hirshfeld, Bolduc y Chaloff (1991) han descubierto que los familiares de primer grado de niños inhibidos conductualmente presentan un patrón significativamente elevado de trastornos de ansiedad, en comparación con los familiares de niños desinhibidos. Al revisar la evidencia en la literatura, Turner, Beidel y Wolff (1996) coinciden en que la inhibición del comportamiento ahora puede interpretarse como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad posteriores en los niños.

Esta interesante teoría está estimulando una investigación considerable sobre los orígenes biológicos de la ansiedad en este momento. Sin embargo, las relaciones de la inhibición del comportamiento con otros temperamentos, rasgos o fenómenos relacionados con la ansiedad

comportamiento con otros temperamentos, rasgos o fenómenos relacionados con la ansiedad similares aún no se han articulado claramente. El propio Kagan señala que la inhibición conductual se superpone considerablemente con el rasgo de introversión de Eysenck, aunque la inhibición conductual se define con mayor precisión y probablemente describe solo un subconjunto de aquellos que cumplirían los criterios de introversión. De manera similar, la inhibición conductual tiene mucho en común con los conceptos de ansiedad por separación y angustia ante extraños (descritos anteriormente en este capítulo como respuestas emocionales más específicas), los cuales parecen tener una fuerte base biológica y neoevolutiva. Otros (p. ej., Plomin & Stocker, 1989) han comentado que el término "inhibición del comportamiento" puede no ser una descripción precisa de este rasgo. Señalan que los bebés (a diferencia de los niños de 2 años) no están "inhibiendo" el comportamiento en el sentido habitual. Más bien, están inhibiendo específicamente su comportamiento de juego porque tienen miedo o se

angustian en situaciones nuevas. Por ejemplo, entre los comportamientos codificados para calificar la inhibición del comportamiento se encuentran sollozar, vocalizar angustia y aferrarse a la madre. Estos autores sugieren que la "emocionalidad" forma un componente sustancial de este temperamento, lo que podría acercarlo al neuroticismo de Eysenck (Plomin & Stocker, 1989). están inhibiendo específicamente su comportamiento de juego porque tienen miedo o se angustian en situaciones nuevas. Por ejemplo, entre los comportamientos codificados para calificar la inhibición del comportamiento se encuentran sollozar, vocalizar angustia y aferrarse a la madre. Estos autores sugieren que la "emocionalidad" forma un componente sustancial de este temperamento, lo que podría acercarlo al neuroticismo de Eysenck (Plomin & Stocker, 1989). están inhibiendo específicamente su comportamiento de juego porque tienen miedo o se angustian en situaciones nuevas. Por ejemplo, entre los comportamientos codificados para calificar la inhibición del comportamiento se encuentran sollozar, vocalizar angustia y aferrarse a la madre. Estos autores sugieren que la "emocionalidad" forma un componente sustancial de este temperamento, lo que podría acercarlo al neuroticismo de Eysenck (Plomin & Stocker, 1989).

También es importante señalar que en un estudio de Biederman et al. (1990), sólo el 30% de los niños que cumplían claramente los criterios de inhibición de la conducta en una etapa temprana de la vida desarrollaron un trastorno de ansiedad. Este hecho, junto con la maleabilidad de este temperamento, como lo describe claramente Kagan (p. ej., Kagan & Snidman, 1991), da perspectiva a la contribución de esta vulnerabilidad aparentemente biológica al desarrollo de la ansiedad en la vida adulta, y apoya la noción de Kagan de la el papel "restrictivo" más que "determinante" de este temperamento.

EMOCIÓN COMO COGNICIÓN

El enfoque más reciente y, en cierto modo, más radical de la emoción puede caracterizarse como cognitivo. Aunque muchos investigadores y teóricos han propuesto explicaciones de las emociones enfatizando los factores cognitivos, dos enfoques continúan destacándose.

Teoría de la tasación

Se puede decir que el primer enfoque, que llegó a conocerse como "teoría de la evaluación", se originó en 1962 con la publicación del conocido experimento de Schachter y Singer. Concluyendo que hay poca evidencia de que las emociones estén asociadas con patrones

diferenciales de excitación como lo sugirió Cannon, Schachter y Singer afirmaron que la excitación generalizada puede informarse de manera diferente, según el contexto. Es decir, al darse cuenta de la excitación, los individuos pueden evaluar el contexto para determinar una etiqueta apropiada para la excitación. Si uno estuviera excitado saltando de un avión sin paracaídas, la excitación se describiría como miedo, mientras que el mismo nivel de excitación durante las relaciones sexuales se describiría como amor. El paso esencial para comprender la emoción es, entonces, el proceso de evaluar la

contexto y atribuir una relación causal a la percepción de un estado de excitación generalizado e indiferenciado.

Esta secuencia hipotética de eventos resultó ser una teoría emocionante y estimulante que

Esta secuencia hipotética de eventos resultó ser una teoría emocionante y estimulante que generó una discusión y experimentación considerables durante décadas. Sin embargo, pronto se hizo evidente que había poca evidencia para apoyar esta teoría en su totalidad (p. ej., Reisenzein, 1983), y pronto se dispuso de evidencia contradictoria. Una de las críticas más convincentes fue proporcionada por Maslach (1979a, 1979b), quien concluyó que cualquier diferencia encontrada en el experimento original de Schachter y Singer (1962) era muy débil, y que incluso esas diferencias se confundieron experimentalmente. Además, se hicieron varios intentos de replicar el experimento original, sin éxito (Marshall, 1976; Marshall & Zimbardo, 1979). Estos intentos de replicación encontraron que la excitación inexplicable se percibe negativamente, independientemente de las señales ambientales. Por ejemplo, la excitación no se atribuirá a la felicidad o al amor simplemente porque ese es el contexto. Aunque la tendencia a percibir negativamente la excitación inexplicable no respalda una teoría de la atribución de la emoción en general, es un hallazgo que se vuelve importante cuando se consideran los modelos de ansiedad psicopatológica más adelante en este capítulo y en el Capítulo 8. Otras objeciones se centraron en la asincronía de excitación de otros aspectos de la emoción. Desde los primeros experimentos de Walter Cannon, los investigadores han demostrado una y otra vez que el comportamiento emocional y los informes de emoción pueden ocurrir en ausencia de excitación. La que probablemente sea la reafirmación más conocida de este viejo hecho fue hecha por Peter Lang (1968), quien observó que los tres sistemas de respuesta involucrados en la ansiedad: comportamiento, informe verbal, y la excitación fisiológica— están vagamente correlacionados. La implicación de esta reafirmación, confirmada pronto y con frecuencia, fue que los informes y comportamientos asociados con la ansiedad pueden ocurrir en ausencia de excitación (p. ej., Barlow y Mavissakalian, 1981).

Richard S. Lazarus (Lazarus, 1968, 1991; Lazarus, Averill y Opton, 1970) también desarrolló una teoría temprana de las emociones que involucra la evaluación cognitiva. Específicamente, los cambios en el entorno se evalúan en términos de su impacto potencial en el individuo. Por ejemplo, uno puede evaluar un arma como peligrosa y, por lo tanto, experimentar miedo. Aunque este enfoque es rico y complejo, y considera la emoción como un comportamiento adaptativo, el énfasis está claramente en la evaluación cognitiva de los eventos como el principal determinante del tipo y la calidad de una respuesta emocional. Este trabajo puso un énfasis necesario en un aspecto de la emoción a menudo ignorado por otras teorías: la percepción inicial, así como las elaboraciones cognitivas de esa percepción.

Sin embargo, surgieron varios problemas con las primeras formulaciones de Lazarus. Por ejemplo, una dificultad que encuentran los modelos de evaluación es el fenómeno de las emociones irracionales. Es común que un individuo reporte una experiencia emocional que se reconoce como irracional ("No había ninguna razón para que me sintiera de esa manera"), o al menos que sea incapaz de verbalizar cualquier evaluación racional que preceda a la respuesta emocional, a pesar de la cuidadosa evaluación. Los teóricos de la evaluación tienen algunas dificultades para manejar este evento, por lo general recurren a un proceso inconsciente o "fuera de la conciencia", que es difícil de probar.

Por supuesto, dependiendo de cuán ampliamente se defina "evaluación", es posible que un tipo muy básico de evaluación, estrechamente relacionado con una percepción inicial, preceda a la emoción. Por ejemplo, como se revisa a continuación (p. ej., Derryberry y Rothbart, 1984; MacLeod, Mathews y Tata, 1986; McNally, 1996; Mathews, 1997; Lang et al., 2000), parece que la información se percibe y procesa fuera de conciencia. Además, los conjuntos cognitivos o las expectativas pueden alterar notablemente la expresión de incluso las emociones más intensas (ver Capítulo 5). Por lo tanto, las teorías de evaluación cognitiva pueden estar mucho más cerca de las teorías bioconductuales que citan la primacía del afecto (p. ej., Zajonc, 1984)

de lo que uno podría pensar. Las diferencias pueden simplemente girar en torno a elaboraciones definitorias de "evaluación". Por ejemplo, hace

TRASTORNOS

cualquier percepción de un estímulo califica como una forma básica de evaluación (incluido el procesamiento de información en moléculas de ADN), o las evaluaciones tienen que involucrar una elaboración consciente y racional de escenarios y consecuencias? En cualquier caso, los enfoques de evaluación cognitiva generaron un interés proporcionalmente grande entre los investigadores clínicos y los médicos que trabajaban con trastornos emocionales en las décadas de 1970 y 1980, particularmente aquellos interesados en la terapia cognitiva para trastornos emocionales.

LA ANSIEDAD COMO COGNICIÓN

Los médicos que trabajan con trastornos de ansiedad se han interesado particularmente en las teorías de atribución y evaluación, con su descripción intuitivamente atractiva de la relación del procesamiento cognitivo con la emoción. La terapia, en este contexto, se convierte en un proceso de ataque directo a las valoraciones y atribuciones desadaptativas centradas en el peligro o la amenaza. Varias personas han considerado creativamente el papel de la cognición en la ansiedad, pero los principales teóricos en esta área a lo largo de los años han sido George Mandler (p. ej., 1984); Charles D. Spielberger (1985); Irwin G. Sarason (1985); Aaron T. Beck (p. ej., Beck, 1993; Beck & Emery con Greenberg, 1985; Beck & Clark, 1997); y, representando un punto de vista construccionista, Richard Hallam (1985).

Teoría de la interrupción de Mandler

Mandler (1975, 1984) destaca un proceso mediante el cual se interrumpe la actividad cognitiva en curso. Esta interrupción produce una descarga autonómica difusa. La descarga autonómica da como resultado una evaluación detallada de la fuente de la interrupción, que luego se evalúa positiva o negativamente, según los resultados de la evaluación y la relación de esta evaluación con la intensidad de la excitación autónoma. Naturalmente, si la excitación es muy alta, y la deducción como resultado de la evaluación es que se trata de algún tipo de amenaza para el individuo, entonces las emociones resultantes serán miedo y ansiedad. Los supuestos de este enfoque son que la excitación es relativamente indiferenciada y que la carga de la formación emocional recae sobre el proceso cognitivo de evaluación que sigue a la interrupción.

Modelo Estado-Rasgo de Spielberger

Spielberger (1966, 1972, 1979, 1985) ha propuesto y elaborado un modelo diferente. Este modelo, presentado en la Figura 2.3, ha contribuido con varios términos y conceptos a nuestro vocabulario actual. Spielberger es uno de los pocos teóricos cognitivos que, como se evidencia en su conceptualización estado-rasgo, considera la ansiedad como un rasgo de la personalidad. La ansiedad estado se considera un estado emocional transitorio, mientras que la disposición a experimentar ansiedad estado con frecuencia o a ser “ansioso” se considera un rasgo de

personalidad (ansiedad rasgo). En el modelo (ver Figura 2.3), los estresores externos así como los estímulos internos serán evaluados de la manera que produzcan ansiedad o no. En parte, esta evaluación será una función del nivel de ansiedad rasgo de uno. Como se puede ver, el punto más crítico de este proceso es, una vez más, el acto de tasación. Las nociones de estado-rasgo han demostrado ser útiles para distinguir las reacciones de ansiedad comunes de la ansiedad más frecuente, intensa y constante, aunque se desconocen las causas de estas diferencias individuales en la ansiedad rasgo. Como ocurre con todas las teorías de evaluación,

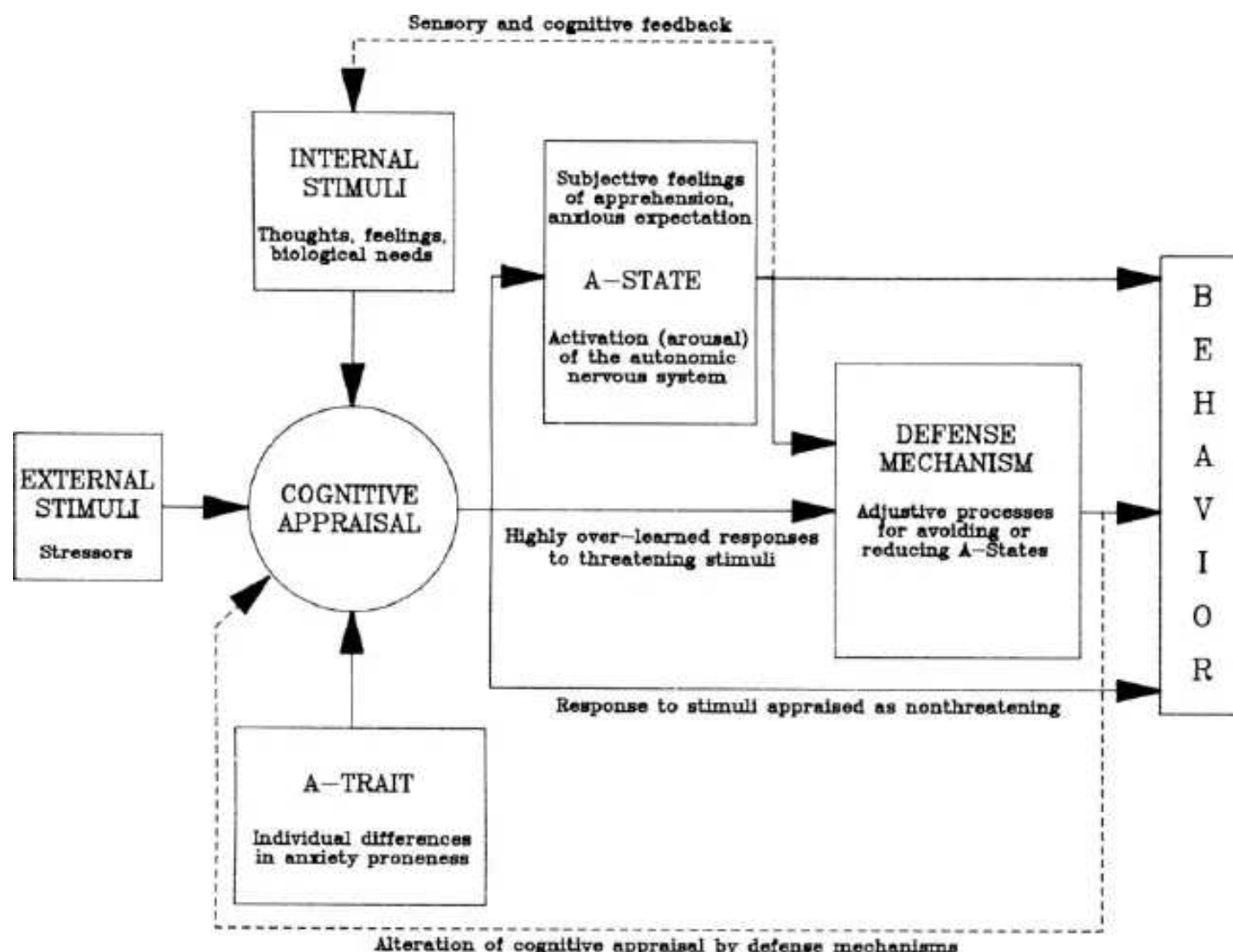


FIGURA 2.3.Un modelo de estado-rasgo-proceso de ansiedad. El modelo postula dos constructos de ansiedad, estado ansiedad (estado A) y ansiedad rasgo (rasgo A), y especifica las relaciones entre estos constructos, factores estresantes externos e internos, evaluación cognitiva de la amenaza y mecanismos de defensa psicológica. De Spielberger (1972). Copyright 1972 de Academic Press. Reimpreso con permiso.

Esquemas cognitivos de Beck

En el trabajo pionero de Beck (por ejemplo, Beck et al., 1985; Beck, 1993; Beck y Clark, 1997), se defiende un enfoque cognitivo con un énfasis diferente al de la teoría de la evaluación. Beck reconoce las emociones en general y la ansiedad en particular como respuestas biopsicosociales complejas con importantes componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos. Beck aprecia plenamente el hecho de que la mayoría de las emociones básicas son respuestas innatas y orientadas a la supervivencia en un entorno que ha cambiado mucho a lo largo de la evolución. Por ejemplo, sugiere que la expresión conductual y el conjunto de acciones asociado con el miedo, que fue adaptativo durante milenios cuando los seres humanos eran cazadores-recolectores, puede que ya no sea apropiado cuando las amenazas y el peligro son principalmente psicológicos en lugar de físicos. Es en condiciones en las que las emociones son inapropiadas, exageradas o desordenadas que Beck comienza a enfatizar la importancia de los factores cognitivos. Por lo tanto, la teorización de Beck se limita en gran medida a los casos en que el peligro se percibe erróneamente o se exagera.

Más concretamente, el lugar del problema en los trastornos de ansiedad no está en el sistema afectivo, sino en “esquemas” cognitivos hipervalentes donde la realidad es continuamente interpretada como peligrosa. La información sobre uno mismo, el mundo y el

futuro (la “tríada cognitiva”) se procesa continuamente de forma distorsionada como peligrosa. En consecuencia, los estados de ansiedad se asocian con pensamientos e imágenes (automáticos) relacionados con el peligro. Para Beck, estos pensamientos e imágenes automáticos, resultantes del procesamiento distorsionado de la información, desencadenan componentes motores, fisiológicos y afectivos inapropiados de la respuesta de ansiedad.

TRASTORNOS

La terapia está dirigida a alterar estos pensamientos automáticos y los esquemas subyacentes responsables del procesamiento distorsionado de la información. Este enfoque no es realmente una teoría de la ansiedad, sino más bien una teoría de los trastornos de ansiedad, ya que Beck

estaría de acuerdo en que la ansiedad y el miedo siguen siendo adaptativos en algunas circunstancias.

A diferencia de los modelos anteriores, este enfoque no depende de la evaluación racional consciente, sino que está más cerca de un modelo de aprendizaje "verbal-mediacional". La causa de la ansiedad radica en el procesamiento defectuoso de la información, más que en una percepción clara, racional y sobre el terreno de la amenaza. Este giro comienza a sortear las dificultades que otros enfoques cognitivos tienen con la ansiedad irracional, ya que los pensamientos automáticos presentes dentro de los esquemas hipervalentes irracionales no siempre son obvios para el individuo. No es inusual que los pacientes ansiosos informen que sus miedos son irracionales, pero este conocimiento no detiene los pensamientos continuos de amenaza y muerte inminente. Por supuesto, si “no obvio” viene a significar “no abierto al escrutinio científico de ningún tipo, entonces la teoría será incapaz de refutación y morirá la muerte lenta de otras teorías con esta falla. Afortunadamente para la teoría, este no parece ser el caso.

Existe evidencia (revisada más adelante) de que los pacientes ansiosos perciben selectivamente la amenaza con más frecuencia que los pacientes no ansiosos, y que los pensamientos automáticos de amenaza están presentes si se monitorean sistemáticamente los antecedentes de ansiedad (McNally, 1996; Mathews, 1997). También está el comienzo de alguna evidencia de que los esquemas cognitivos habituales inapropiados preceden a los trastornos emocionales, un tema que es importante para la integridad de este modelo (Chorpita y Barlow, 1998; véase el Capítulo 8). Por supuesto, es posible que los pensamientos automáticos y las cogniciones ansiosas sean simplemente subproductos de la respuesta emocional desordenada, con la causa de ambos fenómenos en otra parte (Bouton, Mineka y Barlow, 2001). Sin embargo, El pensamiento de Beck y sus primeros intentos de integrar la

gran diversidad de información sobre la ansiedad desde diferentes puntos de vista son extremadamente valiosos. Estos esfuerzos ya han guiado a una nueva generación de investigación y práctica clínica, y parece seguro que esta influencia seguirá creciendo.

La teoría de la ansiedad de Hallam como una construcción personal

El enfoque de Hallam (1985) emana de una tradición un tanto diferente a la de otras teorías de la ansiedad, pero sigue siendo cognitivo en sus fundamentos epistemológicos. Este modelo también es relevante para el contexto de los problemas de definición de la ansiedad discutidos en el Capítulo 1. Basándose en el trabajo de los constructivistas sociales, Hallam concluye que la ansiedad nunca puede tener un estatus científico, ya que es esencialmente un concepto laico multirreferencial. -estructura. La conclusión de Hallam sobre la naturaleza de la ansiedad se acerca sorprendentemente a la visión neoevolutiva de Izard.

En la gran tradición del pensamiento constructivista, Hallam sugiere que la ansiedad (y el pánico) son básicamente una metáfora basada en la interpretación de ciertas combinaciones de eventos por parte de un individuo. Estos eventos pueden incluir, entre otros, las creencias, las habilidades lingüísticas, los propósitos y los problemas de identidad concurrentes de un cliente. La pregunta importante para los constructivistas es qué hace que el individuo informe ansiedad. Como señala Hallam (1985), “la contribución más positiva que puede ofrecer una posición constructivista social es disuadir a los investigadores de considerar que estos problemas de la vida real reflejan una emoción subyacente de ansiedad o, lo que es menos útil, un trastorno de ansiedad.” (pág. xiv).

Las posiciones constructivistas siempre han parecido muy extremas a los clínicos e investigadores clínicos acostumbrados a tratar a diario con personas que sufren de ansiedad. Sin embargo, al enfatizar cómo el individuo construye su mundo en el contexto de situaciones en las que a menudo se reporta ansiedad, Hallam ha introducido una cuestión teórica adicional que puede

demostrar ser importante para dilucidar la base de las quejas de ansiedad. Parafraseando a Hallam, uno de los errores más importantes que nos impide avanzar en nuestro conocimiento sobre la ansiedad y el pánico (o cualquier emoción, para el caso) es nuestra incapacidad para considerarlo como un constructo profano multirreferencial. Basado en la evolución de términos convenientes pero vagos de la conversación cotidiana, nuestra concepción de la ansiedad ha cambiado de la ansiedad como metáfora a la ansiedad como una entidad real encapsulada dentro del organismo. Para informes precisos sobre su naturaleza, esta entidad solo necesita ser cuidadosamente observada e informada por el individuo (ya que no es observable por otros). Estos informes de ansiedad se tratan como si fueran observaciones (imperfectas) de esta entidad. De hecho, según Hallam (1985), diversos antecedentes e internos (p. ej., somáticas) y las consecuencias externas se relacionan funcionalmente con los relatos de ansiedad, pero siempre de forma compleja. Entre estos referentes se encuentran eventos ambientales específicos y contextuales, retroalimentación sensorial de procesos autonómicos y otros procesos somáticos, conducta abierta y encubierta (p. ej., escape, expresiones faciales) y combinaciones de estas clases de referentes, así como esquemas cognitivos que representan creencias y atribuciones de causalidad. El punto innegable que Hallam destaca es que cualquiera o todos estos referentes pueden estar presentes sin que el individuo informe pánico (o ansiedad), y ciertamente sin que el individuo solicite tratamiento para el mismo. Más bien, el individuo, como agente, construye estos referentes de tal manera que se informa sobre la ansiedad.

Las ideas de Hallam no son tan radicales como podrían parecer; además, como se señaló anteriormente, tienen una intrigante similitud con el concepto de ansiedad de Izard (1977; Izard & Blumberg, 1985). Cualquier enfoque basado en la evaluación cognitiva es en cierto sentido constructivista, pero Hallam lo lleva elegantemente a un extremo lógico. Hallam ciertamente no está diciendo que la ansiedad y los trastornos de ansiedad no existan, sino que una variedad de factores biológicos y cognitivos pueden estar funcionalmente relacionados con los informes de

ansiedad en un individuo determinado, y que estos factores difieren entre individuos y dentro de los individuos a lo largo del tiempo. Una vez más, las preguntas importantes para Hallam son las siguientes: ¿Qué factores están funcionalmente relacionados con los informes de ansiedad en un individuo? ¿Cuáles serían los procesos críticos involucrados en el cambio de la construcción del individuo de aquellos eventos que se asocian con un sufrimiento considerable y se reportan como ansiedad?

Aunque las posiciones constructivistas no han sido influyentes, estos puntos de vista merecen consideración. Por ejemplo, como se discutió en el Capítulo 8, varios individuos experimentan eventos psicofisiológicos marcados (con los eventos conductuales que los acompañan) que cumplen los criterios de ansiedad o pánico, pero no informan la experiencia de nada que se parezca ni remotamente a estas emociones. Otros pueden informar estar "ansiosos" cuando una investigación cuidadosa revela un estado más cercano a la fatiga o el agotamiento, según las definiciones y concepciones de la mayoría de las personas.

CIENCIA MODERNA DE LAS EMOCIONES: INTEGRACIÓN

Trabajo reciente de Izard y otros

En la década de 1990, el estudio de las emociones volvió a cobrar fuerza después de un período de relativa latencia en la última mitad del siglo XX. Común a estos nuevos enfoques es un reconocimiento general de lo que es distinto acerca de las emociones y su función (Gross, 1999). Como señala Öhman (1996, 1999; Lang et al., 2000), la función de las emociones, en

este sentido, puede entenderse como un medio inteligente, guiado por la evolución, para asegurarnos de que hacemos lo que tenemos que hacer. a

TRASTORNOS

transmitir nuestros genes con éxito a las generaciones venideras. En otras palabras, la mayoría de los teóricos ahora conceptualizan las emociones como tendencias de acción fundamentales cuyo propósito es motivar el comportamiento relacionado con la supervivencia de la especie. Algunos de estos comportamientos o tendencias de acción incluyen prepararse para, evitar y escapar de eventos potencialmente peligrosos que amenazan la vida, que están en el corazón de las emociones de miedo y ansiedad, y constituyen el enfoque de la mayor parte de este libro. Otros comportamientos "emocionales" incluyen buscar protección y apoyo de otros miembros de la especie, obtener acceso a parejas sexuales y, posteriormente, entablar relaciones sexuales y cuidar a la descendencia.

Ahora parece evidente que la carga de este aspecto tan importante del funcionamiento humano no puede relegarse a los sistemas neurobiológicos, conductuales o cognitivos de forma aislada. Necesariamente, las emociones deben involucrar una integración importante de estos

sistemas de respuesta mientras retienen su naturaleza cualitativamente distinta. La mayoría de los teóricos ahora ven la necesidad de una perspectiva integracionista de las emociones que abarque los subsistemas neurobiológicos, conductuales y cognitivos. Por ejemplo, Carroll Izard en su trabajo más reciente describe un modelo multisistémico de activación emocional (Izard, 1993, 1994; Izard & Youngstrom, 1996), en el que propone que los humanos generan emociones de varias maneras diferentes. Además de los procesos neuronales y los sistemas cognitivos que subyacen a la expresión emocional, también especifica la prominencia de los sistemas sensorio-motor y motivacional en la activación de las emociones. En esta conceptualización, los procesos neuronales implican una actividad neurotransmisora específica a lo largo de varios circuitos cerebrales. La activación emocional debida a mensajes motores eferentes que ocurren durante diversas expresiones faciales, posturas y tendencias de acción conductual comprende el sistema sensoriomotor. Los impulsos fisiológicos típicos como el

hambre, la sed y el sexo contribuyen a la expresión emocional a través del sistema motivacional; diversas apreciaciones, evaluaciones y atribuciones estimulan las emociones a través del sistema cognitivo. Lo que es más importante, Izard ahora conceptualiza estos cuatro subsistemas como interactuando en un sistema jerárquico flexible, y plantea la hipótesis de que una variedad de contingencias ambientales y diferencias individuales similares a rasgos se combinan para producir la riqueza de la experiencia emocional. Otros importantes teóricos de la emoción como Lazarus (1995), mejor conocido por articular los procesos cognitivos en la emoción como se señaló anteriormente, ahora respaldan una universalidad biológica del procesamiento emocional, al tiempo que admiten que este fenómeno está, por supuesto, sujeto a variaciones culturales.

Los teóricos de la emoción integradora como John Teasdale (p. ej., Barnard y Teasdale, 1991; Teasdale, 1993) y Howard Leventhal (Leventhal, 1991) también han propuesto modelos integradores jerárquicos que realizan contribuciones importantes. Por ejemplo, Barnard y Teasdale (1991) formularon su propia conceptualización del procesamiento emocional, a la que se refieren como "subsistemas cognitivos interactivos", enfatizando los aspectos de procesamiento de información de la respuesta emocional. Como la mayoría de los teóricos modernos de la emoción, Barnard y Teasdale señalan que las emociones pueden ser provocadas y procesadas a partir de la conciencia, y distinguen el procesamiento de información que produce "creencia emocional o intuitiva" o "conocimiento con el corazón" de creencias más intelectuales o conocimiento racional.

La teoría bioinformativa de la emoción de Lang

La teoría bioinformativa de la emoción de Peter Lang es quizás la teoría integradora más destacada de la emoción y la ansiedad (p. ej., Lang, 1978, 1979, 1984, 1985, 1994b, 1995;

Lang, Bradley y Cuthbert, 1998). Esta teoría conceptualiza la emoción como tendencias de acción almacenadas en la memoria y a las que se accede de diversas maneras, todas las cuales implican el procesamiento de información.

mación A pesar de la importancia de considerar los aspectos dimensionales de la emoción, Lang considera que el núcleo esencial de la emoción son los actos conductuales o las disposiciones de respuesta amplia que ocurren en contextos de estímulo específicos. Estos contextos de estímulo definen la función y la dirección del acto (p. ej., lucha-huida, etc.). Estas disposiciones o actos emocionales se asemejan al software de una computadora. El "archivo de datos" de estos actos incluye no solo información de estímulo (que incita a la acción), sino también proposiciones de respuesta que son apropiadas, como la evitación y la reactividad fisiológica subyacente. Las "proposiciones de respuesta" son datos en forma de declaraciones relevantes para los componentes de respuesta de la emoción almacenada en la memoria a largo plazo. "Proposiciones de significado", en las que se interpretan la información de estímulo y las proposiciones de respuesta, también forman parte del archivo de datos y esencialmente definen

la importancia de un evento. Por ejemplo, en una situación fóbica, la información del estímulo es el reconocimiento del objeto aterrador. Las proposiciones de respuesta son respuestas relevantes, como la evitación y la respuesta fisiológica elevada para prepararse para la emergencia. Pero las proposiciones de significado unen a estos dos. Por ejemplo, las proposiciones de significado pueden incluir la siguiente declaración: "En esta situación, esa cosa es impredecible y peligrosa, y mi respuesta indica que tengo miedo". Lang rechaza la

cosa es imprecisa y perezosa, y mi respuesta indica que tengo miedo". Lang reconoce la opinión de larga data de que las imágenes son básicamente "imágenes en la mente" o representaciones icónicas almacenadas, y que imaginar implica la percepción interna de estas imágenes. Lang cita a Pylyshyn (1973), quien sugirió que las imágenes en el cerebro se parecen más a descripciones elaboradas. En breve,

Dado que las estructuras de datos se almacenan en la memoria como proposiciones más o menos fuertemente asociadas, toda la red es conceptual y se accede a ella mediante mecanismos de procesamiento de información. La probabilidad de acceder a una emoción aumenta al presentar información que maximiza el número de proposiciones coincidentes. Por ejemplo, si uno escucha la mención de un objeto aterrador (o un objeto sexual o un objeto que produce ira), esto puede o no ser suficiente para activar todo el prototipo emocional. Pero si uno está cara a cara con el objeto y el contexto es correcto, y uno ya está físicamente excitado por el ejercicio, y las proposiciones de significado emocional apropiadas (miedo, ira o sexo) han sido preparadas (quizás a través de una conversación no relacionada), entonces la posibilidad de acceder a la respuesta emocional completa es máxima.

Lang reconoce que toda expresión emocional existe en varias dimensiones. Una dimensión es la excitación, de menor a mayor; un segundo implica valencia, de agradable a desagradable. Una tercera dimensión posible es el control (o la falta de él). (Más adelante se considera con más detalle un enfoque dimensional de la emoción y la ansiedad.) La consideración de las dimensiones de la emoción tiene mucho que ver con la diferenciación de las redes emocionales de otras estructuras de conocimiento en el cerebro. Las redes de emociones están directamente conectadas con los sistemas motivacionales primarios del cerebro. Se trata de sistemas con un marcado significado evolutivo cuya función es activar comportamientos básicos para la supervivencia. Además, estos sistemas motivacionales están asociados con circuitos cerebrales predominantes que son, en un sentido importante, "cableados". Basado en una variedad de trabajos previos, Lang supone que la estructura motivacional de la emoción se puede dividir en un sistema apetitivo (asociado a emociones placenteras) y un sistema defensivo (asociado a emociones desagradables). Las emociones placenteras son un componente integral de comportamientos apetitivos importantes, como comer, beber, actividad sexual y otros comportamientos de crianza. La importancia de este sistema motivacional es evidente. Las emociones desagradables se asocian con un fuerte sistema defensivo que motiva la protección frente a amenazas o peligros. Las redes de emociones, entonces, tienen conexiones importantes con este circuito motivacional primitivo, que una vez más distingue estas redes de emociones de otras redes de conocimiento que reflejan asociaciones no emocionales.

Para nuestros propósitos, las redes emocionales que representan el comportamiento relacionado con el miedo y la ansiedad incorporan un circuito motivacional defensivo. La salida conductual de estas emociones

TRASTORNOS

las redes pueden variar según el contexto ambiental, pero incluyen (1) inmovilidad defensiva, reflejada en las respuestas de congelación e hipervigilancia comúnmente observadas; y (2) acción defensiva reflejada en la respuesta de huida o lucha (dependiendo del contexto) en presencia de un ataque inminente. Estas dos amplias tendencias de acción reflejan el BIS y el FFS de Gray, aunque Lang asume circuitos neuronales algo diferentes asociados con estas tendencias de acción. Otras salidas del sistema motivacional defensivo incluyen la respuesta de sobresalto y la respuesta automática, como el aumento de la presión arterial y la frecuencia

cardíaca (Lang, Bradley y Cuthbert, 1998).

Entonces, desde el punto de vista dimensional, esta red emocional defensiva refleja un alto nivel de intensidad en la dimensión de excitación, un alto nivel de desagrado en la dimensión de valencia. Siguiendo el trabajo de Davis (1997), Lang ha centrado gran parte de su investigación reciente en el fenómeno de la potenciación del sobresalto, que parece ser un resultado común del sistema motivacional defensivo. La activación de este sistema defensivo se asocia con una respuesta de sobresalto cada vez más fuerte, lo que hace que la respuesta de sobresalto sea un marcador objetivo conveniente de este sistema. Gran parte de la atención de Lang en los últimos años se ha dedicado a explorar los parámetros de esta respuesta de sobresalto (p. ej., Bradley, Cuthbert y Lang, 1996; Lang, Bradley y Cuthbert, 1990).

En cualquier caso, el miedo y la ansiedad son programas de comportamiento que existen en la memoria (al igual que los programas de computadora), que comprenden estructuras de estímulo, respuesta y significado. Estas emociones son partes integrales del sistema motivacional defensivo. Además, se debe acceder plenamente a estos programas emocionales si se desea que ocurra algún cambio terapéutico importante. En otras palabras, para modificar el miedo o la ansiedad, el individuo primero debe volverse temeroso o ansioso. La estrategia fundamental del tratamiento es "procesar" la información que comprende la imagen emocional, y la imagen emocional es, para Lang, el prototipo de la imagen del miedo almacenada en la memoria a largo plazo. Esta "plantilla" puede obtenerse para el procesamiento emocional de diversas maneras, ya sea imaginal o in vivo, pero todos sus aspectos deben procesarse para una terapia exitosa. Este procesamiento puede hacer posible la formación de un nuevo prototipo de respuesta preliminar al cambio de comportamiento manifiesto. Este nuevo prototipo contendría una respuesta menos ansiosa o no ansiosa a las proposiciones de estímulo (Rachman, 1980; Foa & Kozak, 1986).

Esta teoría creativa y cuidadosamente pensada evita la dificultad de la discordancia a la que se enfrenta la teoría de las emociones discretas, ya que el emparejamiento débil o incompleto de las proposiciones sólo puede acceder a una parte de la respuesta. Los teóricos del comportamiento evolutivo, por otro lado, sugerían que una emoción discreta fundamental e innata siempre está presente en su totalidad, aunque en diferentes niveles de intensidad.

Lang no elabora sobre el origen de las emociones, pero presumiblemente los prototipos emocionales son, en general, aprendidos y reflejan la variedad de respuestas emocionales que pueden surgir de la interacción del sistema motivacional defensivo con el contexto ambiental y otras diferencias individuales. Admite la posibilidad de que algunas proposiciones de estímulo sean innatas y, por lo tanto, es más probable que evoquen una fuerte respuesta emocional. Los ejemplos pueden incluir estímulos de miedo "preparados" como serpientes y arañas, o tal vez varias posturas sexuales. Pero se cree que la mayoría de las redes emocionales y las respuestas emocionales específicas son producto de la experiencia y el condicionamiento más que de un neurocircuito innato, que es más característico de los sistemas motivacionales básicos. Este enfoque también pasa por alto el requisito de una evaluación cognitiva intermedia, lo que produce dificultad para los teóricos de la evaluación. Es decir, se accede directamente a las respuestas emocionales sin una evaluación intermedia si se combinan suficientes proposiciones. Por supuesto, las proposiciones de significado, que son básicamente interpretaciones, se

acercan mucho al concepto de atribución elaborado por Schachter (1964); sin embargo, las atribuciones son vistas simplemente como un tipo de proposiciones entre muchas, no como antecedentes necesarios.

Quizás lo más significativo desde el punto de vista de la ciencia cognitiva es que la exploración científica de este proceso no depende del autoinforme de pensamientos o sentimientos experienciales. Los autoinformes pueden verse influenciados por condiciones que distorsionan la secuencia de procesamiento de información subyacente. El registro bioeléctrico se considera un método más directo y contemporáneo para examinar el procesamiento bioinformativo sin las distorsiones del autoinforme. Es directo porque la emoción se considera un conjunto de acciones que genera una salida eferente, ya sea que el comportamiento se exprese realmente o no. Es decir, experimentar miedo producirá una fisiología asociada con la respuesta de evitación, ya sea que uno realmente evite el objeto temido o no.

Curiosamente, esta teoría requiere una concordancia última de los diversos sistemas de respuesta que constituyen una emoción (al menos una emoción fuertemente coherente) en algún lugar profundo de la estructura de la memoria, incluso si esta concordancia no siempre es evidente en la expresión o, más exactamente, incluso si todos los componentes de la emoción no se accede, o el contexto no permite la ocurrencia de un componente particular (por ejemplo, ataque agresivo durante una reunión de negocios). En vista de los datos existentes sobre la discordancia y la propia conceptualización pionera de Lang de estos datos, este requisito todavía exige un acto de fe por el momento. Por otro lado, como argumenta Lang (1985, 1994a), algunas emociones pueden ser más coherentes y “más estrictas” en sus estructuras; una vez que se accede a tales emociones, se produce un tipo de respuesta de “todo o nada”, que incluye todos los componentes de la respuesta. Otras emociones pueden ser mucho más difusas, con mucha fluidez entre las estructuras de respuesta afectiva. Así muchos estímulos pueden acceder parcialmente a estas estructuras más fluidas, aunque no con tanta intensidad y con mayor discordancia. Lang considera la ansiedad “generalizada” como un posible ejemplo de este estado afectivo más fluido y difuso.

Resumen de modelos integradores

En resumen, según los modelos integradores modernos de emoción como el de Lang, las emociones son un aspecto único de nuestra experiencia asociado con actividades fundamentalmente importantes para nosotros como miembros individuales de una especie. Además de la “sensación” experiencial de la experiencia emocional, que parece estar asociada con su función motivacional, las emociones también reflejan patrones de comportamiento más

primitivos y, a veces, “irracionales” fuertemente asociados con el funcionamiento del cerebro subcortical. Estos patrones de comportamiento a menudo ocurren fuera de la conciencia. Recientes estudios de imágenes cerebrales confirman la existencia de circuitos emocionales subcorticales y su distinción de entradas más corticales asociadas con la conciencia y las valoraciones racionales. Estos circuitos de base más cortical, a su vez, parecen representar redes de conocimiento (en el modelo de Lang) que no están necesariamente ligadas a sistemas motivacionales fundamentales (Öhman, Flykt y Lundqvist, 2000; Öhman y Soares, 1994, 1998). Sin embargo, la expresión emocional debe estudiarse en el contexto de una interacción integral de los sistemas de respuesta neurobiológicos, conductuales y cognitivos, una posición adoptada ahora por casi todos los teóricos modernos de la emoción. Este punto de vista es cada vez más evidente entre la nueva generación de teóricos de la emoción, que están comenzando a aplicar los principios emergentes de un estudio integrador de la emoción a los trastornos emocionales (p. ej., Gross, 1999; Gross y Muñoz, 1995; Kring y Bachorowski, 1999). la expresión emocional debe estudiarse en el contexto de una interacción integral de los sistemas de respuesta neurobiológicos, conductuales y cognitivos, una posición adoptada ahora por casi todos los teóricos modernos de la emoción. Este punto de vista es cada vez más evidente entre la nueva generación de teóricos de la emoción, que están comenzando a aplicar los principios emergentes de un estudio integrador de la emoción a los trastornos emocionales (p. ej., Gross, 1999; Gross y Muñoz, 1995; Kring y Bachorowski, 1999).

estudiarse en el contexto de una interacción integral de los sistemas de respuesta neurobiológicos, conductuales y cognitivos, una posición adoptada ahora por casi todos los teóricos modernos de la emoción. Este punto de vista es cada vez más evidente entre la nueva generación de teóricos de la emoción, que están comenzando a aplicar los principios emergentes de un estudio integrador de la emoción a los trastornos emocionales (p. ej., Gross, 1999; Gross y Muñoz, 1995; Kring y Bachorowski, 1999). 1995; Kring y Bachorowski, 1999). 1995; Kring y Bachorowski, 1999).

LAS DIMENSIONES DE LA EMOCIÓN

Un estudio de las diferentes tradiciones teóricas ilumina la variedad de enfoques que se pueden adoptar para intentar comprender la emoción en general o emociones específicas como el miedo en particular. El desarrollo de un consenso sobre los componentes básicos de la emoción permite

TRASTORNOS

el estudio coordinado y la medición de la emoción. Pero sólo un análisis exhaustivo de las dimensiones básicas compartidas por todas las emociones permite una elaboración teórica completa de la naturaleza de la emoción. Por esa razón, la consideración cuidadosa de las dimensiones de la emoción encuentra su camino en los principales análisis teóricos de varias tradiciones diferentes (p. ej., Izard, 1977; Lang, 1984; Lang, Cuthbert y Bradley, 1998).

Una consecuencia importante de un análisis dimensional es una mayor especificación de la naturaleza de las emociones individuales, como el miedo, la ira o el amor. Al contrastar estas emociones o estados de ánimo con estados afectivos que a menudo están estrechamente relacionados, como la depresión, uno puede comenzar a ver lo que es esencial sobre el miedo y la ansiedad. Finalmente, especificar las dimensiones críticas de la ansiedad tiene implicaciones importantes para la etiología y el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Gran parte de la investigación seria sobre las dimensiones de la emoción hasta el momento se ha centrado en la experiencia subjetiva. El método principal para estudiar la experiencia subjetiva de la emoción se basa en el autoinforme, utilizando la variedad de adjetivos cargados de afecto disponibles en la riqueza del lenguaje. Como se señaló anteriormente, el autoinforme, particularmente el informe retrospectivo, está sujeto a una variedad de distorsiones que resultan de deficiencias en la memoria, efectos de contraste y represión. Sin embargo, en la vida

cotidiana, una de las interacciones personales más comunes es preguntarle a alguien "¿Cómo estás?" o "¿Cómo te sientes?" y recibir una pregunta similar a cambio. Esta pregunta común se ha convertido en una parte importante del autocontrol de los estados emocionales desordenados. A los pacientes con trastornos emocionales se les pide en situaciones específicas o en momentos específicos que califiquen un afecto particular, como depresión, ansiedad o ira, a lo largo de los niveles de intensidad (Barlow, 2001). Usando este enfoque, algunos investigadores han intentado un mapeo semántico del mundo de las emociones. El propósito de este mapeo semántico es determinar las expresiones emocionales básicas basadas en el autoinforme y examinar las dimensiones del afecto compartidas por todas las emociones. Las similitudes o diferencias en las emociones descritas discretamente pueden entonces determinarse por su relación entre sí en el contexto de las principales dimensiones de la emoción. El propósito de este mapeo semántico es determinar las expresiones emocionales básicas basadas en el autoinforme y examinar las dimensiones del afecto compartidas por todas las emociones. Las similitudes o diferencias en las emociones descritas discretamente pueden entonces determinarse por su relación entre sí en el contexto de las principales dimensiones de la emoción. El propósito de este mapeo semántico es determinar las expresiones emocionales básicas basadas en el autoinforme y examinar las dimensiones del afecto compartidas por todas las emociones. Las similitudes o diferencias en las emociones descritas discretamente pueden entonces determinarse por su relación entre sí en el contexto de las principales dimensiones de la emoción.

Las principales herramientas de medición en este tipo de investigación son las listas de verificación de adjetivos. Los sujetos marcan los adjetivos que se juzgan para describir su estado emocional actual o sus disposiciones emocionales a largo plazo. Los principales instrumentos incluyen la Lista de verificación de adjetivos de afecto múltiple (Zuckerman &

Lubin, 1965), el Perfil de estados de ánimo (McNair, Lorr y Droppleman, 1971), la Lista de verificación de adjetivos de estado de ánimo (Nowlis & Nowlis, 1956) y el Afecto positivo y negativo. Escala (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Las principales herramientas analíticas para determinar las emociones discretas relevantes, así como las dimensiones generales del afecto, han sido procedimientos correlacionales sofisticados, como el análisis factorial y las técnicas

han sido procedimientos correlacionales sofisticados, como el análisis factorial y las técnicas analíticas de conglomerados relacionadas. Cuando las disposiciones emocionales estables son objeto de investigación o medición,

A pesar de la identificación de emociones discretas a través del trabajo de análisis factorial, a lo largo de los años, los investigadores que investigan las dimensiones de la personalidad y la emoción han reducido consistentemente las posibilidades a dos o tres dimensiones bipolares principales (p. ej., Eysenck, 1961; Russell, 1980; Russell & Carroll, 1999; Wundt, 1896). Eysenck ha puesto la mayor parte del énfasis en dos ejes ortogonales discretos, como se señaló anteriormente. La mayoría de los investigadores han llegado a la conclusión de que este arreglo pone una carga indebida en la especificación de un eje que comprende la emoción o la personalidad. Por esa razón, se ha desarrollado un consenso de que la mejor forma de representar los factores que emergen de estos estudios de análisis factorial es un modelo circunplejo (Plutchik, 1980; Plutchik & Conte, 1997).

En un modelo circunplex, varias emociones se colocan circularmente para reflejar su relación con otras dimensiones del afecto, así como sus opuestos que se encuentran al otro lado del círculo. Las emociones que están altamente correlacionadas positivamente se encontrarán cerca

entre sí, mientras que las emociones correlacionadas negativamente se encontrarán en lados opuestos del círculo (por ejemplo, vea la Figura 2.4, a continuación). Freedman, Leary, Ossorio y Coffey (1951) propusieron uno de los primeros ejemplos más conocidos de un modelo circunflejo, y más tarde Timothy Leary (1957) lo elaboró por su relevancia clínica. Por ejemplo, distribuidos a lo largo de un lado del círculo son “crítico”, “punitivo” y “rechazante”, mientras que en el lado opuesto están “amorosos”, “cooperativos” y “confiados”, y así sucesivamente alrededor del circunflejo. Los modelos circuncomplejos se prestan perfectamente a la identificación, descripción y “trazado” de emociones discretas a través de técnicas de análisis factorial. De hecho, Izard y sus colegas, usando listas de verificación de adjetivos, identificaron (y por lo tanto validaron, en opinión de Izard) las 10 emociones discretas fundamentales que surgen de los estudios expresivos-conductuales (Izard, Kagan y Zajonc, 1984). Además, las expresiones faciales se pueden organizar en un modelo circunflejo correspondiente a adjetivos descriptivos.

circunflejo de Russell

No obstante, los análisis de las dimensiones del afecto como el de Russell (1980; Russell y Carroll, 1999) han identificado dos ejes dentro del circunflejo que explican la mayor proporción de la variación en los intentos de determinar las dimensiones de la emoción. El primero de estos ejes puede denominarse “activación”, con alta actividad o excitación en un extremo y baja actividad o calma en el otro. Russell también incluye “valencia”, que se refiere a una dimensión bipolar de placer-displacer. Russell y Mehrabian (1977) identificaron una tercera dimensión que representa algo menos de la varianza, pero parece ser importante para hacer ciertas discriminaciones entre emociones. Esta dimensión se denomina “dominancia-sumisión”. Pero lo expresan de manera más descriptiva como sentimientos de falta de control frente a sentimientos de influencia o de tener el control. Después de estudiar más a fondo esta dimensión, Russell (1980) concluyó que el dominio-sumisión no es realmente un afecto, sino un fuerte correlato cognitivo de la emoción. Es decir, el control es una consecuencia percibida de una emoción, más que una emoción per se. Sin embargo, la percepción de control puede ser particularmente importante dentro de la emoción de la ansiedad, ya que las percepciones de control bajo alta excitación y valencia negativa (alta excitación desagradable) pueden discriminar, por ejemplo, entre ira y ansiedad. Las personas que están enfadadas pueden sentirse desagradablemente excitadas pero en control de la situación o dominantes, mientras que las personas ansiosas pueden sentirse sin control y sumisas, indefensas o vulnerables. el control es una consecuencia percibida de una emoción, más que una emoción per se. Sin embargo, la percepción de control puede ser particularmente importante dentro de la emoción de la ansiedad, ya que las percepciones de control bajo alta excitación y valencia negativa (alta excitación desagradable) pueden discriminar, por ejemplo, entre ira y ansiedad. Las personas

que están enfadadas pueden sentirse desagradablemente excitadas pero en control de la situación o dominantes, mientras que las personas ansiosas pueden sentirse sin control y sumisas, indefensas o vulnerables. el control es una consecuencia percibida de una emoción, más que una emoción per se. Sin embargo, la percepción de control puede ser particularmente importante dentro de la emoción de la ansiedad, ya que las percepciones de control bajo alta excitación y valencia negativa (alta excitación desagradable) pueden discriminar, por ejemplo, entre ira y ansiedad. Las personas que están enfadadas pueden sentirse desagradablemente excitadas pero en control de la situación o dominantes, mientras que las personas ansiosas pueden sentirse sin control y sumisas, indefensas o vulnerables.

circunflejo de Tellegen

Uno de los investigadores más creativos y sofisticados en el área de la personalidad ha propuesto una variación de este circunflejo de la emoción, que organiza los datos de manera algo diferente a los modelos anteriores, pero parece ajustarse bastante bien a los datos

(autoinformados). Comenzando con una larga lista representativa de adjetivos de los inventarios de autoevaluación actuales para el estado de ánimo, Auke Tellegen (1985) reprodujo los factores primarios de emociones discretas encontrados por Izard y otros; sin embargo, también demostró, al igual que Russell (1980) antes que él, que las intercorrelaciones de los ítems estaban dominadas por dos grandes dimensiones. Estas dimensiones surgieron repetidamente de estudios de diferentes grupos de sujetos evaluados en la misma ocasión, o del mismo grupo de sujetos evaluados periódicamente durante períodos de tiempo que van hasta 3 meses (p. ej., Zevon y Tellegen, 1982).

Tellegen (1985) también descubrió que ordenar los descriptores emocionales que surgen de estos dos factores principales en un circunflejo resulta más satisfactorio en términos de describir

su relación. Así, el círculo se divide en ocho secciones, ya que las correlaciones han producido descriptores coherentes que encajan en estas ocho secciones. Los dos factores principales se etiquetan de manera directa: "afecto positivo" y "afecto negativo". El modelo circunflejo completo se presenta en la Figura 2.4. Este énfasis difiere un poco de las descripciones anteriores, donde se han resaltado los ejes de "excitación" y "valencia" (p. ej., Russell, 1980). Pero Tellegen prefiere el término "compromiso", que aparece en el cuadrante superior derecho, al término "excitación", lo que da como resultado un eje de compromiso-desconexión. "Compromiso" se refiere a la misma agrupación de adjetivos anteriormente llamada "excitación". La dimensión de "valencia", también identificada por otros, se denomina "agrado-desagrado" en este circunflejo. Por lo tanto, la excitación (o compromiso) y la valencia (o agrado-desagrado) se encuentran como ejes diagonales en este circunflejo. Sin embargo, Tellegen señala que prefiere enfatizar los ejes de afecto positivo y negativo, por varias razones. Sugiere que se ajustan más a los datos del análisis factorial, así como a los principales factores de personalidad que se analizan en la continuación. Además, y lo que es más importante, desde nuestro punto de vista, esta configuración ha tenido un impacto sustancial en el estudio de la emoción (p. ej., Lang, Cuthbert y Bradley, 1998) y ha demostrado su utilidad en el estudio de los trastornos emocionales (p. ej., Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; véase el Capítulo 8). Sin embargo, continúa cierta controversia con respecto a si el afecto positivo y negativo son ortogonales o independientes, o si representan diferentes posiciones en la misma dimensión, según lo pensado por Russell y Carroll (1999). De hecho, Peter Salovey y sus colegas argumentan de manera bastante persuasiva que los afectos positivo y negativo no son ortogonales,



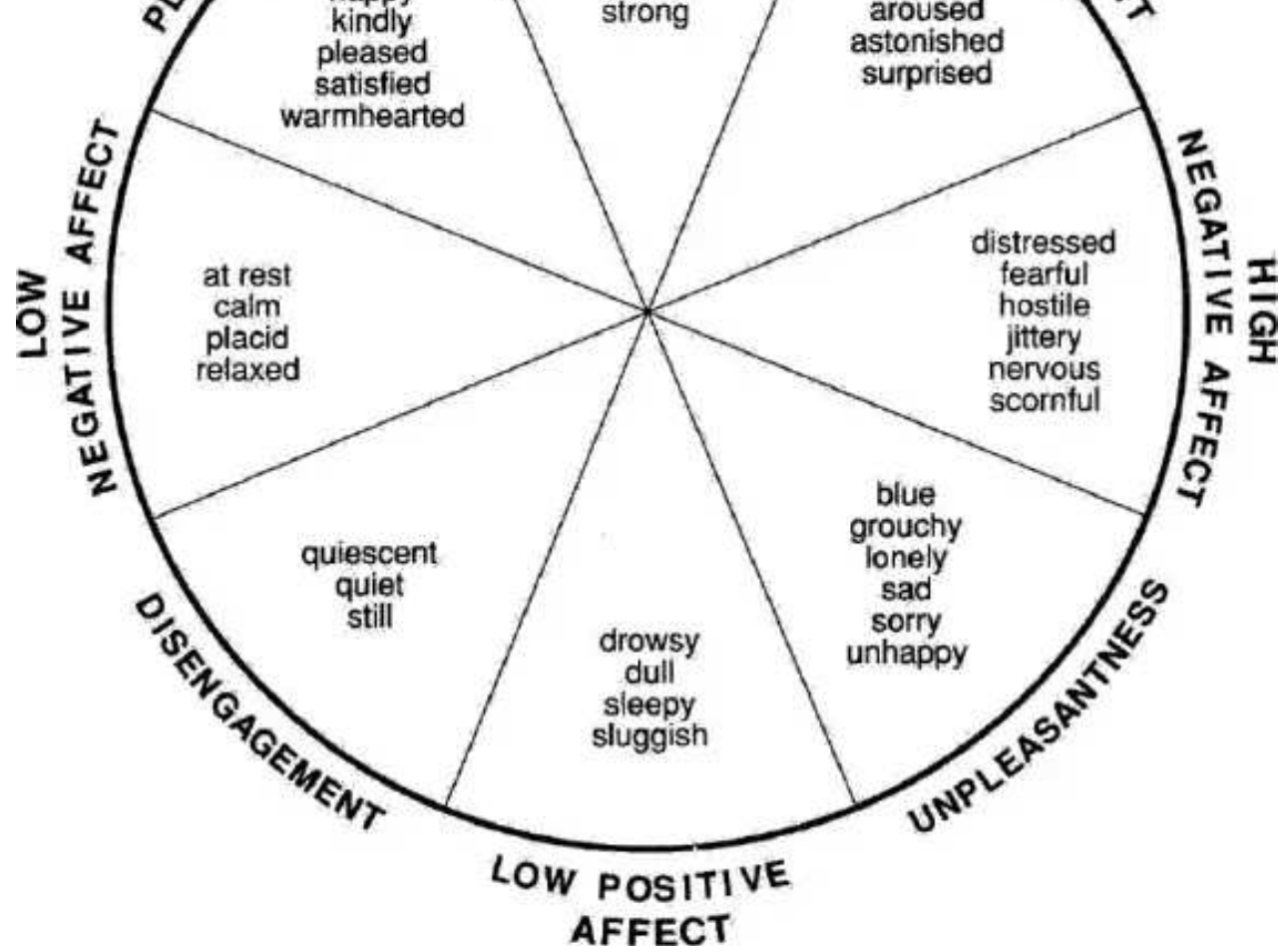


FIGURA 2.4.La estructura de dos factores del estado de ánimo autoevaluado. De Tellegen (1985).
Derechos de autor 1985 por Lawrence Erlbaum Associates. Reimpreso con permiso.

y por lo tanto, que los datos de Tellegen y colegas no apoyan realmente la independencia de estos estados afectivos. Además, creen con Russell y Carroll (1999) que enfatizar los ejes de “agrado-desagrado” (valencia) y “excitación-calma” proporciona un mejor ajuste para los datos (Green, Goldman y Salovey, 1993; Green y Salovey, 1999; Green, Salovey y Truax, 1999).

LAS DIMENSIONES DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

Con el resumen anterior de las dimensiones de la emoción, ahora es posible considerar la ansiedad desde un punto de vista dimensional. Más específicamente, ¿cómo se relaciona la ansiedad con emociones discretas, así como con dimensiones más generales del afecto? Dado que todos los teóricos (y terapeutas) están de acuerdo en que la ansiedad y la depresión están estrechamente relacionadas, una versión más específica de esta pregunta es la siguiente: ¿Cuáles son las dimensiones de la ansiedad y la depresión y en qué se diferencian?

Esta es una manera particularmente buena de comenzar un examen de la naturaleza de la ansiedad, ya que esta pregunta ha sido extremadamente problemática para los teóricos de las emociones básicas y los profesionales clínicos, quienes han encontrado distinciones difíciles de identificar (Clark & Watson, 1991; Kendall & Watson, 1989). Muchos médicos a lo largo de los años optaron por un síndrome clínico que llegó a conocerse como "ansiedad-depresión mixta", en un intento por caracterizar mejor este estado de cosas (Zinbarg & Barlow, 1991; Zinbarg et al., 1994, 1998).

Dobson (1985) presentó las primeras pruebas que reflejan esta superposición y calculó las correlaciones entre varias escalas de autoevaluación de la ansiedad y la depresión, como el

correlaciones entre varias escalas de autoevaluación de la ansiedad y la depresión, como el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger et al., 1970) y el Zung Self. -Escala de calificación de la depresión (Zung, 1965). La correlación entre las escalas de ansiedad fue de .66; entre las escalas de depresión, fue de .69; y entre las escalas de ansiedad y depresión, fue de .61. La cantidad de varianza compartida para cada correlación fue muy alta, con un rango de .37 a .47. Este grado de varianza compartida sugirió que estos cuestionarios no eran útiles para medir la intensidad de dos estados afectivos diferentes, ansiedad y depresión; más bien, estaban midiendo estados afectivos iguales o muy similares.

Lee Anna Clark y David Watson (dos estudiantes de Auke Tellegen) han desarrollado lo que denominan un modelo "tripartito", y la investigación generada a partir de esta heurística ha arrojado mucha luz sobre la naturaleza de la ansiedad y los estados afectivos estrechamente relacionados, como la depresión. . Básicamente, Clark y Watson (por ejemplo, Clark & Watson, 1991; LA Clark, Watson, & Mineka, 1994; Watson, Clark, et al., 1995; Watson, Weber, et al., 1995; Mineka, Watson,

& Clark, 1998) han concluido que la ansiedad y la depresión comparten un componente significativo pero no específico de malestar generalizado denominado "afecto negativo". Los síntomas del estado de ánimo ansioso o deprimido, la falta de concentración, los trastornos del sueño o la irritabilidad son ejemplos de síntomas afectivos negativos compartidos por la ansiedad y la depresión. Sin embargo, también se debe considerar un concepto relacionado, "afecto positivo", para una comprensión completa de la ansiedad y la depresión. Específicamente, además de un alto afecto negativo, la depresión se caracteriza por un bajo afecto positivo (p. ej., incapacidad para experimentar cualquier placer [anhedonia], combinada con ralentización cognitiva y motora). Este componente contribuye con una proporción identificable de varianza a la depresión pero no a la ansiedad. La tercera esquina del triángulo del modelo tripartito es la hiperexcitación fisiológica, que hasta hace poco tiempo se pensaba que estaba más fuertemente asociado con la ansiedad que con la depresión. Investigaciones más recientes, de hecho, han sugerido que este constructo juega un papel más complejo y específico en los fenómenos ansiosos y depresivos.

TRASTORNOS

nomena que los conceptos más fundamentales de afecto positivo y negativo. Estos desarrollos se discuten con más detalle en el Capítulo 3.

Durante la última década, han surgido estudios sofisticados que respaldan la estructura general del modelo tripartito (p. ej., Joiner, 1996; Joiner, Catanzaro y Laurent, 1996; Joiner et al., 1999; Watson, Clark, et al., 1995). De hecho, la dimensión del afecto negativo, que representa una angustia inespecífica o una emotividad desagradable, es clave para comprender la naturaleza de la ansiedad y la depresión, y juega un papel importante en las teorías de la emoción revisadas anteriormente. Por ejemplo, el afecto negativo se considera una dimensión básica en el sistema motivacional defensivo de Lang o el BIS de Gray. Así, el afecto negativo puede representar un factor de vulnerabilidad crucial para el desarrollo de los estados afectivos de ansiedad y depresión algo más elaborados.

Volviendo a los análisis dimensionales de la emoción, cobran importancia los primeros hallazgos y conclusiones de Russell (1980) con respecto al control. El control, o la falta de control, asume una posición de fuerza suficiente para aparecer en los análisis factoriales de las calificaciones de autoinforme de los adjetivos afectivos. Dado que los diversos estados emocionales negativos que comparten un alto compromiso o activación están muy juntos en

cualquier circunflejo, es posible que lo que distingue un informe de ansiedad de un informe de ira o incluso de interés sea una sensación de falta de control. En este sentido, la ira y la hostilidad están más cerca del miedo y la ansiedad que de la depresión, ya que en cualquier esquema dimensional de estados emocionales, ambos son estados afectivos negativos que comparten tendencias de acción de compromiso con la fisiología de apoyo.

En cualquier caso, esta sensación de incontrolabilidad está asociada con una serie de fenómenos importantes. Entre estos se encuentra una disminución de la valencia o placer asociado con el estado afectivo. Otro efecto es un cambio marcado en la atención del objeto de interés al material sobresaliente o eventos congruentes con la aprensión y la ansiedad, así como a la propia respuesta afectiva a estos eventos (ver Capítulo 3). Porque una sensación de control (o falta de él) es una construcción con referentes principalmente internos. Como se señaló anteriormente, esta interrupción/cambio de atención constituye una parte integral de muchas teorías de la ansiedad, incluidas las teorías biológicas y cognitivas (Gray & McNaughton, 1996; Mandler, 1984). La incontrolabilidad anticipada está orientada hacia el futuro en lugar de algo que realmente sucede. En otras palabras, no es un peligro presente,

RESUMEN Y CONCLUSIONES

A principios del siglo XXI, la emoción ha asumido el lugar que le corresponde junto con la cognición y el comportamiento como materia propia de la ciencia psicológica. Entre las razones de este nuevo énfasis en el estudio de la estructura y función de la emoción está la unión y la integración de las tres grandes tradiciones en el estudio de la emoción que han dominado el campo durante más de un siglo. La investigación detallada de los distintos componentes de la emoción (expresivo-conductual, neurobiológico y cognitivo) ha dado como resultado una comprensión más profunda de estos componentes fundamentales, así como una visión más integradora de la naturaleza de la emoción, que rechaza la idea de que estos componentes pueden de alguna manera existen en un espléndido aislamiento. El estudio dimensional de la experiencia de la emoción ha complementado esta investigación destacando tanto lo que es común como lo que es único entre las variedades de experiencia emocional. Esta investigación, a su vez, allana el camino para análisis más detallados de las variedades de experiencia emocional.

Miedo, ansiedad y teorías de la emoción

63

Con estos desarrollos, los misterios de la ansiedad están dando paso gradualmente a una nueva apreciación de las variedades de patrones de comportamiento asociados con nuestro sistema motivacional defensivo. Quizás lo más importante es el reconocimiento de las diferencias sustanciales y fundamentales en la expresión conductual de la ansiedad por un lado y el miedo por el otro, que solo recientemente ha salido a la luz como se mencionó anteriormente. La danza íntima de estas dos tendencias de acción dentro del sistema motivacional defensivo puede observarse no sólo a nivel de la conducta y la cognición, sino también en circuitos cerebrales íntimamente relacionados pero únicos que subyacen a estas tendencias de acción (ver Capítulo 6).

También parece claro que una comprensión más completa de los componentes de la emoción contribuye a una apreciación de los orígenes de emociones específicas como la ansiedad y el miedo. Las fuertes contribuciones biológicas que se nos transmiten como parte de nuestra dotación genética parecen crear al menos un conjunto de vulnerabilidades que preparan el escenario para la aparición posterior de la ansiedad. El trabajo crucial que identifica

temperamentos fundamentales como la inhibición conductual de Kagan, y la moderación de estos temperamentos por experiencia, nos conducirá en última instancia a una comprensión más completa de los modelos de interacción gen-ambiente del desarrollo de la ansiedad y el miedo. Las estructuras cognitivas básicas parecen representar una segunda vulnerabilidad más psicológica para experimentar ansiedad y miedo, que emana, quizás, de una experiencia temprana. Estos filtros cognitivos procesan los eventos cotidianos a través del cristal oscuro del peligro y la amenaza, y se manifiestan en las distorsiones cognitivas comúnmente observadas. En el Capítulo 8 aparece una discusión completa de las vulnerabilidades que contribuyen al desarrollo de la ansiedad y sus trastornos.

Los análisis dimensionales de la experiencia específica de la ansiedad han revelado mucho sobre la estructura de esta emoción y su relación con emociones estrechamente relacionadas, como la depresión, el miedo y la excitación. La combinación de dimensiones afectivas y cognitivas, con énfasis en la valencia afectiva, la excitación y un sentido relativo de controlabilidad, ha hecho mucho para identificar lo que es único en la ansiedad. Con esta base de las perspectivas actuales sobre la emoción, ahora es posible profundizar en los misterios de la ansiedad al examinar la estructura y el proceso de este enigmático estado emocional.

de aprensión ansiosa

En el Capítulo 2, he llegado a la conclusión de que la ansiedad se puede caracterizar mejor como una estructura cognitivo-afectiva única y coherente dentro del sistema motivacional defensivo. En la primera edición de este libro (Barlow, 1988), desarrollé un modelo de la estructura de varios componentes de la ansiedad y su interacción. En el corazón de esta estructura hay una sensación de incontrolabilidad centrada en gran medida en posibles amenazas, peligros u otros eventos potencialmente negativos en el futuro. Por lo tanto, este estado se puede caracterizar aproximadamente como un estado de indefensión, debido a una incapacidad percibida para predecir, controlar u obtener los resultados o resultados deseados en ciertas situaciones o contextos personalmente sobresalientes que se avecinan. Este estado afectivo negativo va acompañado de un cambio en la atención hacia lo que sería principalmente un enfoque en uno mismo o un estado de preocupación por uno mismo en el que destaca la evaluación de las propias capacidades (inadecuadas) para hacer frente a la amenaza. Acompañando a este estado afectivo negativo hay un fuerte componente fisiológico o somático que puede reflejar la activación de distintos circuitos cerebrales asociados con la participación del sistema del factor liberador de corticotropina (CRF) y el sistema de inhibición del comportamiento de Gray (BIS) (Sullivan, Kent, & Coplan, 2000; Gray & McNaughton, 1996; Chorpita & Barlow, 1998) (ver Capítulo 6). Este estado somático puede ser el sustrato fisiológico de la “disposición”, que puede subyacer a un estado de preparación para contrarrestar la impotencia. La vigilancia (hipervigilancia) es otra característica de la ansiedad que sugiere disposición y preparación para enfrentar eventos potencialmente negativos. Si uno tuviera que poner la ansiedad en palabras, podría decir: "Ese terrible evento podría volver a ocurrir, y es posible que no pueda enfrentarlo, pero tengo que estar listo para intentarlo". Por estas razones, he sugerido que un término mejor y más preciso para la ansiedad podría ser “aprensión ansiosa”. Esto transmite la noción de que la ansiedad es un estado de ánimo orientado hacia el futuro en el que uno está listo o preparado para intentar hacer frente a los próximos eventos negativos. Otro término que a menudo se combina con "ansiedad" es "anticipación". Pero en la presente definición toda angustia es anticipatoria, por lo que este adjetivo calificativo no vuelve a aparecer. “Ansiedad” o “aprensión ansiosa” también permite una clara discriminación de “pánico” o “miedo”, términos que a menudo se han categorizado bajo la rúbrica general de “ansiedad” en el pasado. El proceso de ansiedad descrito anteriormente se presenta en la figura 3.1.

Es importante recordar que considero que el constructo que se muestra en la figura 3.1 está compuesto por varios componentes afectivos y cognitivos coherentes y estrechamente relacionados. En este modelo, una variedad de "señales" o "proposiciones", para usar los términos de Lang (1985, 1994a, 1994b), serían suficientes para evocar una aprensión ansiosa.

Es importante destacar que este proceso podría ocurrir sin la necesidad de una evaluación consciente y racional. Por ejemplo, uno podría experimentar

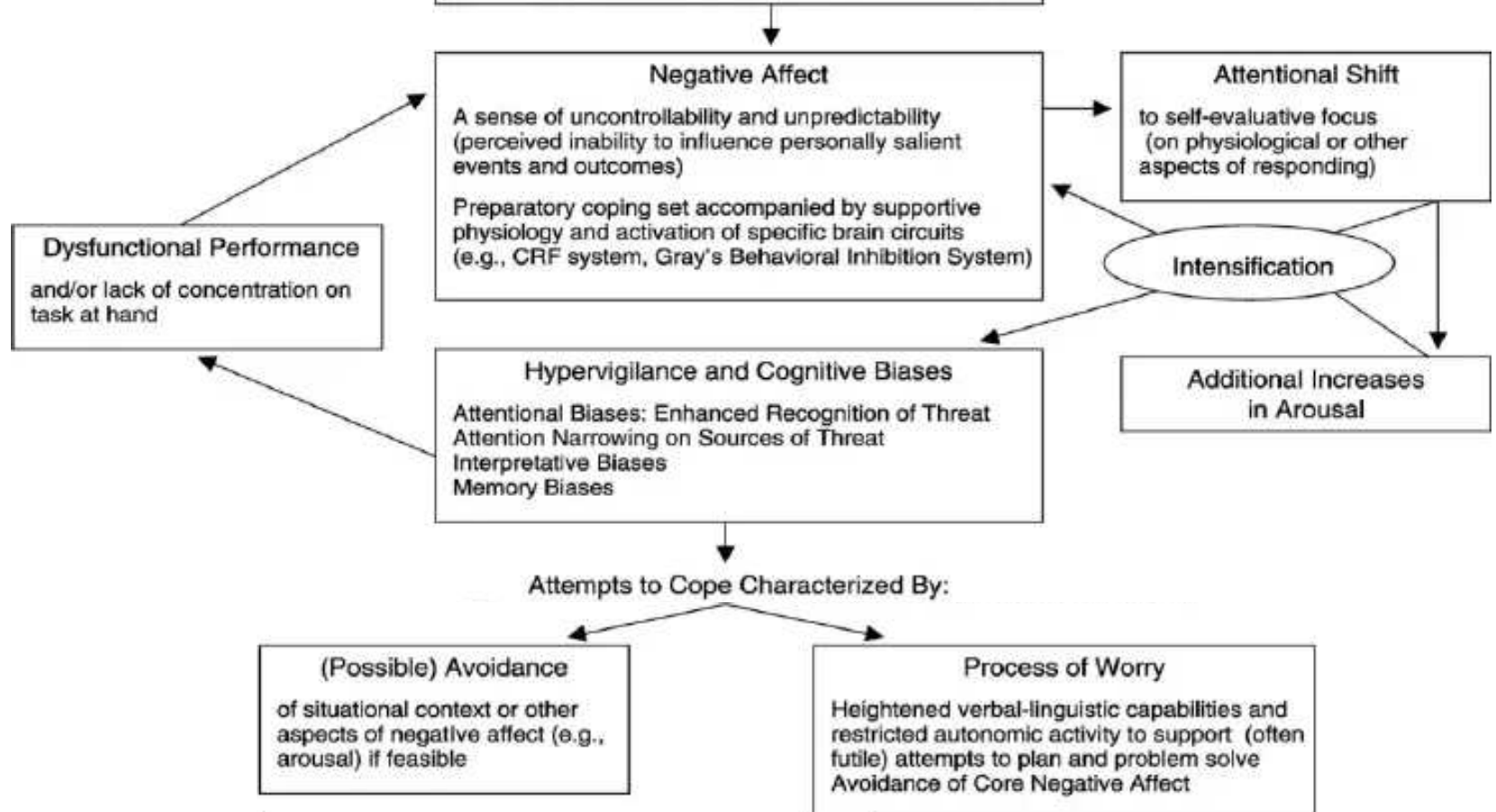


FIGURA 3.1.El proceso de aprehensión ansiosa.

Experimentar ansiedad sin darse cuenta del desencadenante o la señal específicos, como un objeto o una situación que "representa" un trauma anterior o una sensación somática interna. Estas señales pueden ser de base amplia o muy estrechas. Un ejemplo de un conjunto limitado de señales es el caso de la ansiedad ante los exámenes o la disfunción sexual, en el que las señales que señalan la necesidad de un desempeño inminente evocan un estado de aprehensión ansiosa, con su tensión aumentada, excitación elevada y valencia negativa asociadas. Este estado, a su vez, está asociado con un cambio en la atención hacia un enfoque de autoevaluación (o un cambio rápido del enfoque de atención desde un contexto externo potencialmente amenazante hacia un contenido de autoevaluación interno). La evidencia sugiere que este cambio a un estado de atención centrado en sí mismo aumenta aún más la excitación y el afecto negativo, formando así su propio pequeño ciclo de retroalimentación positiva.

Continuando en el sistema más grande o ciclo de retroalimentación, la atención se reduce a las fuentes de amenaza o peligro, preparando el escenario para distorsiones adicionales en el procesamiento de la información a través de sesgos atencionales o interpretativos, que reflejan esquemas cognitivos hipervalentes preexistentes. En cualquier caso, uno se vuelve hipervigilante ante señales o estímulos asociados con fuentes de aprehensión ansiosa. Este proceso en humanos es análogo y puede representar el estado de inhibición del comportamiento de Gray (1987; Gray & McNaughton, 1996) de "detenerse, mirar y escuchar", aunque el estado real de inhibición no es tan evidente en los ejemplos clínicos de la ansiedad humana como lo es en los animales. A una intensidad suficiente, este proceso da como resultado la interrupción de la concentración y el rendimiento. El proceso de ansiedad rara vez es patológico, incluso cuando es intenso,

Cuando la ansiedad se vuelve crónica, una o ambas de las dos consecuencias principales del proceso de ansiedad se desarrollan en un intento de hacer frente al afecto negativo y sus desencadenantes. En primer lugar, siempre está presente una tendencia a evitar entrar en un estado de aprehensión ansiosa. Esta tendencia se vuelve más pronunciada y observable,

dependiendo de la severidad o intensidad del estado, y de la especificidad de las señales contextuales que dan lugar a la ansiedad.

TRASTORNOS

detención. Por lo tanto, los individuos ansiosos por los exámenes evitarán los exámenes en la medida de lo posible, y los individuos sexualmente disfuncionales eventualmente evitarán el sexo. Pero esta habilidad de afrontamiento bastante desadaptativa puede no estar disponible para individuos cuya aprensión ansiosa se ha difundido a muchos contextos situacionales diferentes (o, más exactamente en términos de Langian, a través de muchas "redes en la memoria" diferentes). En estos individuos, pueden establecerse sutiles conductas de evitación, rituales o conductas "supersticiosas" (ver Capítulo 14). En segundo lugar, la preocupación que es impulsada por el proceso de ansiedad y que (en niveles intensos) es muy difícil de controlar (Brown, Dowdall, Côté y Barlow, 1994) parece interpretarse mejor como un intento adicional (y, en la mayoría de los casos, inútil) de hacer frente a la situación. con ansiedad crónica. En la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), la falta de control sobre el proceso de preocupación es una característica definitoria del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Brown, Barlow y Liebowitz, 1994).). La preocupación, o la preocupación por eventos futuros, por supuesto, no es problemática e incluso puede ser adaptativa en algunas circunstancias, a menos que esté tan impulsada por la ansiedad que se vuelva intensa e incontrolable. Es en este sentido que la preocupación puede volverse crónica y desadaptativa. La ansiedad crónica también se caracteriza por tensión y activación persistentes del sistema nervioso central (Sullivan et al., 2000; Gray & McNaughton, 1996; Chorpita & Barlow, 1998), que parecen reflejar las consecuencias de un estado de preparación perpetua para confrontar peligro.

Es importante comprender que esta es una ilustración del proceso de aprensión ansiosa crónica, no una descripción de la etiología de la ansiedad. Gran parte de los datos empíricos que subyacen al desarrollo de nuestras concepciones de la ansiedad o la aprensión ansiosa provienen de la investigación sobre la sexualidad y la disfunción sexual realizada a lo largo de los años en nuestro Programa de Investigación de la Sexualidad. Varios años de investigación programática sobre los factores que mantienen la disfunción sexual han ayudado a ilustrar los roles del afecto, la cognición y su interacción, con implicaciones para la forma en que funciona la ansiedad (por ejemplo, Barlow, 1986; Cranston-Cuebas & Barlow, 1990). ; Barlow, Chorpita y Turovsky, 1996). Antes de discutir estos nuevos desarrollos, puede ser útil describir el contexto de la investigación sobre sexualidad del que surgieron estos datos.

APRENSIÓN ANSIOSA EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Ansiedad y excitación sexual

Durante años, escritores de prácticamente todas las tendencias teóricas creyeron que la "ansiedad" juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la disfunción sexual tanto para hombres como para mujeres. Por ejemplo, Fenichel (1945) consideró que la ansiedad es un factor que contribuye al desarrollo de varios tipos de disfunciones sexuales tanto en

hombres como en mujeres. Masters y Johnson (1970) subrayaron la importancia de los miedos al desempeño y los miedos a la inadecuación como factores principales en individuos y parejas que experimentan disfunciones sexuales. Kaplan (1974) también asignó al miedo a no desempeñar adecuadamente un papel principal en el desarrollo de las ansiedades sexuales, y añadió otros miedos (p. ej., demandas de rendimiento por parte de la pareja y necesidad excesiva de complacer a la pareja) a la lista de ansiedades sexuales. Se considera que las

ansiedades sexuales impiden que un individuo experimente excitación sexual y, de hecho,

inhiben el funcionamiento del sistema nervioso autónomo hasta tal punto que se inhibe la excitación fisiológica (Kaplan, 1974). Tanto en Masters como en Johnson y Kaplan's con-

conceptualizaciones, una de las principales tareas de la terapia es superar los miedos al desempeño y los sentimientos de inadecuación sexual, así como tratar otras fuentes de ansiedad sexual.

De manera similar, ya en 1958, Wolpe sugirió el uso de la desensibilización sistemática en el tratamiento de las disfunciones sexuales, con la eliminación de la ansiedad como objetivo del tratamiento. Este es un terreno familiar para la mayoría de los médicos, en particular para aquellos que alguna vez se han ocupado de las disfunciones sexuales. Las personas con estos problemas informan signos y síntomas de ansiedad, y la mayoría de los tratamientos tienen como objetivo reducir esta ansiedad (o determinar la causa de la misma).

De hecho, este estado de cosas es un ejemplo de una situación común a nuestra ciencia clínica, en la que los hechos que han estado disponibles durante años simplemente no respaldan estas suposiciones. Ya en 1943, Ramsey encuestó a muchachos adolescentes e informó que aproximadamente el 50% de los muchachos notaron erecciones por algún tipo de estímulo o contexto no erótico. Estas respuestas no eróticas generalmente involucraban elementos de miedo, excitación u otras situaciones emocionales no sexuales. Incluían eventos como accidentes, casi accidentes, ser perseguido por la policía, miedo a ser castigado, etc.

Sarrel y Masters (1982) informaron de una serie de hechos sorprendentes y espantosos que son difíciles de creer si se supone que la ansiedad inhibe la excitación sexual. Estos espantosos eventos involucraron violaciones, pero no el escenario lamentablemente familiar de hombres que violan a mujeres. Más bien, bandas de mujeres abordaron a varios hombres y les exigieron tener relaciones sexuales, amenazándolos a punta de cuchillo o con otras armas si fallaban. Bajo estas circunstancias, los hombres informaron que no solo lograron la erección, sino también la capacidad de realizarla repetidamente (aunque sufrieron graves consecuencias emocionales, lo que los obligó a buscar asistencia clínica).

Para cualquiera que haya trabajado con pacientes que sufren de parafilias o desviaciones sexuales, particularmente exhibicionismo o voyeurismo, la asociación entre el miedo y la excitación sexual es evidente. Muchos de estos individuos son incapaces de excitarse sexualmente sin experimentar primero miedo o ansiedad ante la posibilidad de ser detenidos o amenazados de alguna otra manera (Beck & Barlow, 1984). La relación entre el miedo y la excitación sexual tampoco se limita a los humanos. Barfield y Sachs (1968) observaron fenómenos similares en ratas.

Algunos de los experimentos más interesantes sobre la relación entre la ansiedad y la excitación (o atracción) sexual provienen de psicólogos sociales. En uno de los mejores ejemplos, Dutton y Aron (1974) organizaron entrevistas a estudiantes varones que acababan de cruzar un puente colgante destartado, provocando así un leve temor o ansiedad, y los compararon con estudiantes que no habían cruzado el puente. Ambos grupos de estudiantes varones fueron luego entrevistados por una estudiante atractiva. Los estudiantes que habían cruzado el puente y, por lo tanto, se habían vuelto levemente "ansiosos", informaron más material sexual en una prueba proyectiva diseñada para evaluar este problema sin que los

sujetos se dieran cuenta de ello que los estudiantes que no habían cruzado el puente. Además llamaron a la alumna (que les había proporcionado su número de teléfono con un pretexto) y le pidieron una cita considerablemente más veces que los sujetos del grupo de comparación. La conclusión de Dutton y Aron (1974) y de otros psicólogos sociales que abordan el tema desde una perspectiva algo diferente (p. ej., Berscheid y Walster, 1974; Brehm, Gatz, Goethals, McCrimmon y Ward, 1978; Riordan, 1979) fue que la ansiedad inducida experimentalmente puede aumentar la atracción interpersonal o sexual.

En este punto, los investigadores comenzaron a examinar la relación entre la ansiedad y la excitación sexual directamente en el laboratorio. Hoon, Wincze y Hoon (1977), como parte de

un estudio más amplio, realizaron una investigación empírica del concepto de inhibición recíproca de Wolpe (1958). A las mujeres sexualmente funcionales se les mostró una secuencia de película de 2 minutos que consistía en contenido "neutral" (escenas de diarios de viaje) o "nocivo" (escenas de accidentes automovilísticos).

TRASTORNOS

carpa. Inmediatamente después del clip de película, los sujetos de cada grupo fueron expuestos

a un segmento de película sexualmente explícita. Este diseño permitió poner a prueba la afirmación de Wolpe (1958) de que la ansiedad y la excitación sexual son respuestas inhibitorias mutuas. Se planteó la hipótesis de que la excitación sexual después de la exposición previa a un estímulo nocivo (que provoca una excitación simpática, como un aumento de la frecuencia cardíaca) sería menor que la que sigue a la exposición previa a un estímulo neutral (que provocaría una excitación parasimpática o relajación), debido a la inhibición simpática de excitación sexual en la primera condición. Sorprendentemente, los resultados indicaron lo contrario. La excitación sexual (operacionalizada a medida que aumenta el volumen de sangre vaginal) fue significativamente mayor en aquellas mujeres que habían estado expuestas previamente a la película que producía ansiedad en comparación con la película neutra. Curiosamente, cuando se invirtió el orden de presentación de la película (exposición previa erótica a una película de estímulo neutral o nocivo), la excitación sexual fue menor durante el segmento que producía ansiedad. Mis colegas y yo (Wolchik et al., 1980) obtuvimos resultados similares con una muestra de hombres sexualmente funcionales.

En respuesta a estos hallazgos, Wolpe (1978) sugirió que el paradigma de la ansiedad previa a la exposición no proporcionaba una prueba adecuada de la teoría de la inhibición recíproca. Afirmó que uno no podía asumir los "efectos perseverantes" (p. 453) de la preexposición nociva y, por lo tanto, que aumenta la excitación sexual después de un evento que produce ansiedad, como una película (como en Hoon et al. [1977]). investigación) podría deberse a un "estado emocional de alivio" (p. 453) más que a un efecto facilitador de la ansiedad.

Para abordar la posibilidad de que el "alivio de la ansiedad" podría haber jugado un papel en el estudio de Hoon et al. (1977), evaluamos estas ideas más rigurosamente con la excitación sexual en voluntarios masculinos normales (Barlow, Sakheim y Beck, 1983). El propósito de este experimento era averiguar, bajo condiciones controladas de laboratorio, los efectos de

inducir "ansiedad" simultáneamente con la excitación sexual. La ansiedad fue manipulada por la amenaza de shock durante una película erótica explícita. Antes de que comenzara el experimento real, se determinó el nivel de tolerancia de todos los sujetos a una descarga eléctrica dolorosa pero inofensiva en el antebrazo, y se les dijo a los sujetos que esto se usaría en el experimento. Cada sujeto experimentó tres condiciones experimentales diferentes administradas de forma equilibrada. Cada condición fue señalada por una luz diferente sobre la

administradas de forma equilibrada. Cada condición fue señalada por una luz diferente sobre la pantalla de video que el sujeto estaba viendo. En la primera condición, una luz indicaba que no se produciría ningún choque. Esta fue la condición de control. En la segunda condición, se les dijo a los sujetos que había un 60% de posibilidades de que recibieran una descarga eléctrica mientras miraban la película erótica. Esta condición se denominó "amenaza de shock no contingente", ya que no había indicios de que la amenaza de shock tuviera algo que ver con el comportamiento de los sujetos. En la tercera condición, sin embargo, se les dijo a los sujetos que había un 60% de posibilidades de que recibieran una descarga si no lograban una erección al menos tan grande como la del hombre promedio en nuestro laboratorio. Esta condición se denominó, muy apropiadamente, "amenaza de choque contingente". De hecho, los sujetos nunca recibieron una descarga eléctrica durante el experimento, pero la evaluación postexperimental indicó que pensaban que estarían y estaban apropiadamente "ansiosos". En lugar de disminuir la excitación sexual, los resultados indicaron que la amenaza de choque no contingente aumentó la excitación sexual en comparación con ninguna amenaza de choque. Pero, en un desarrollo inesperado, la amenaza de choque contingente también aumentó la excitación sexual en comparación con ninguna amenaza de choque. De hecho, ¡esta condición

produjo la mayor excitación sexual en general! Los datos se presentan en la Figura 3.2. Por lo tanto, la demanda de desempeño no solo no interfirió con la excitación sexual, ¡sino que en realidad la aumentó! Esta revelación hizo que la investigación de la reacción de los hombres

sexualmente disfuncionales a este mismo paradigma fuera aún más importante. De hecho, los resultados de otros informes críticos sugirieron que a estos machos les fue peor bajo la amenaza de shock (p. ej., Beck, Barlow, Sakheim y Abrahamson, 1984, 1987; Bruce & Barlow, 1990), tema al que volveré más adelante.

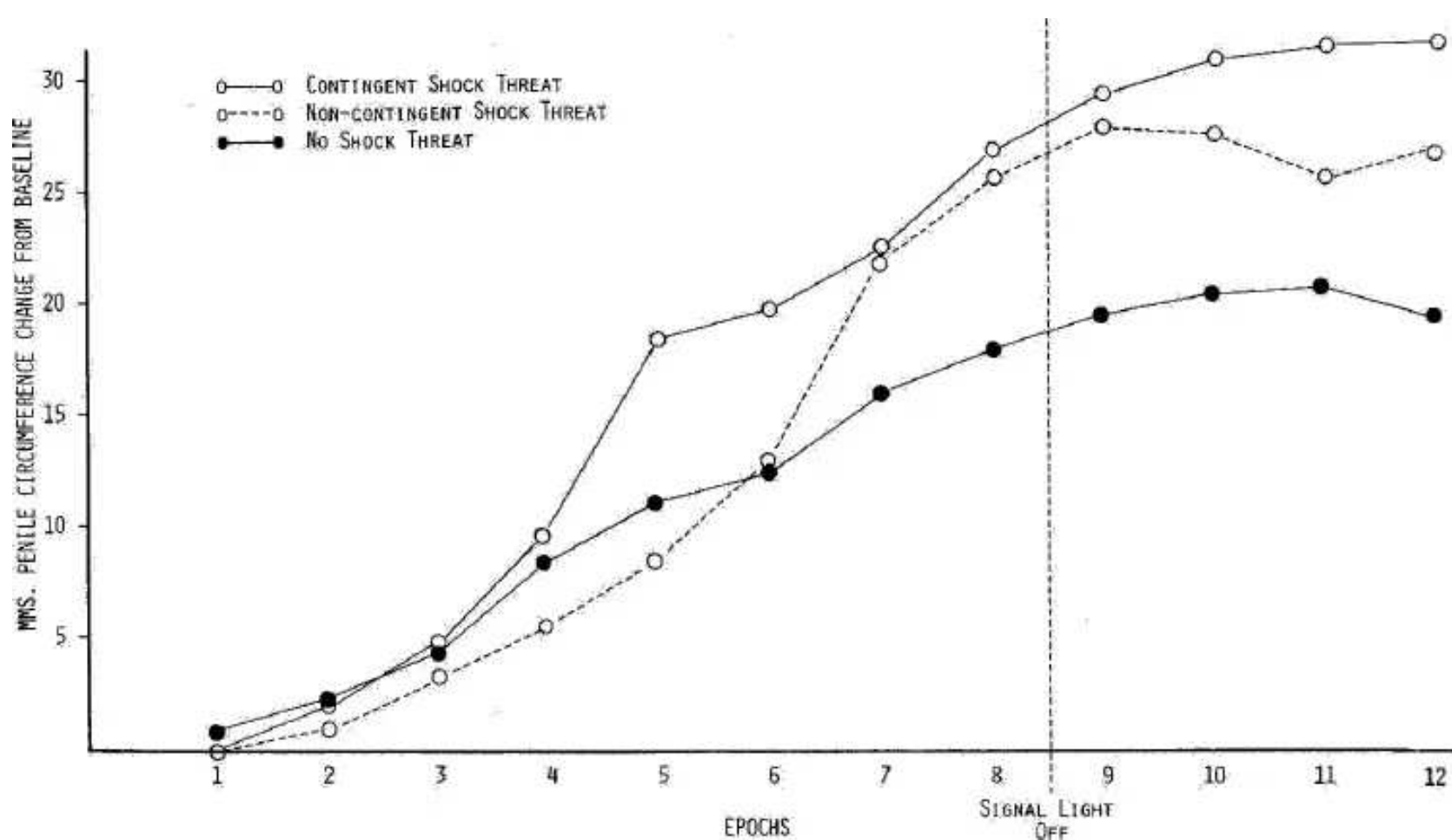


FIGURA 3.2. Cambio promedio de la circunferencia del pene por cada período de 15 segundos durante cada uno de los tres condiciones: sin amenaza de shock, amenaza de shock no contingente y amenaza de shock contingente. De “La ansiedad aumenta la excitación sexual” de DH Barlow, DK, Sakheim y JG Beck, 1983, Journal of Abnormal Psychology, 92, 49–54. Copyright 1983 de la Asociación Americana de Psicología. Reimpreso con permiso.

Más recientemente, varios investigadores han ampliado el análisis de este fenómeno en mujeres. Por ejemplo, Meston y Gorzalka (1996) intentaron aislar los efectos de la activación del sistema nervioso simpático (SNS) utilizando películas de ejercicios como su manipulación. Así, las mujeres sexualmente funcionales y las mujeres con diferentes tipos de disfunciones sexuales se ejercitaban vigorosamente según un criterio estandarizado antes de ver una película erótica. El ejercicio aumentó significativamente tanto la amplitud del pulso vaginal como las respuestas del volumen sanguíneo vaginal, pero no los informes subjetivos de excitación sexual a los estímulos eróticos, en mujeres sexualmente funcionales y mujeres con bajo deseo sexual (pero no en mujeres inorgásmicas) en comparación con una condición de control sin ejercicio. .

Además, en otra importante serie de réplicas, Palace (Palace & Gorzalka, 1990; Palace, 1995) demostró una mayor excitación tanto en mujeres sexualmente funcionales como en un grupo de mujeres con disfunciones sexuales mixtas. Palace utilizó un paradigma similar al de Hoon et al. (1977), donde la visualización de una película neutral o una película de "peligro inminente" precedía al estímulo erótico. Solo la película de "peligro inminente" produjo una mayor excitación, y esta respuesta también se restringió a medidas fisiológicas en comparación con informes subjetivos. Por lo tanto, el paradigma no era directamente comparable con los resultados que obtuvimos con los hombres que tenían disfunción sexual (Barlow, Sakheim y Beck, 1983). Una vez más, no hubo una "demanda de rendimiento" simultánea y la excitación aumentó en todos los grupos.

Junto con la información revisada anteriormente de la literatura social-psicológica y del desarrollo, parece que las emociones pueden "transferirse", de modo que provocar una

la emoción simultáneamente con un segundo hace que el segundo sea más "intenso" (Zillmann, 1983b). Los hallazgos de Meston y Gorzalka (1996) sugieren que la activación del SNS es este componente de la emoción que se transfiere. Otra posibilidad en nuestros estudios es que la amenaza de choque "motivó" a nuestros sujetos sexualmente funcionales a niveles más altos de rendimiento. La indagación postexperimental pareció apoyar esta interpretación, ya que varios sujetos hicieron comentarios como "No quería ser parte de esa conmoción, así que realmente me concentré en la película". No obstante, la excitación sexual aumentó casi tanto en la condición no contingente, donde presumiblemente no estaban presentes factores motivacionales. Por lo tanto, parecería que la transferencia de emociones (o la activación del SNS dentro de la emoción) representa la mayor parte del efecto.

La transferencia de emociones es un tema relativamente común en las teorías de la emoción, en particular en las teorías más cognitivas (véase el capítulo 2), donde la evaluación de la excitación fisiológica y el contexto en el que se produce esta excitación desempeñan un papel importante en la expresión emocional. También se puede confiar en un análisis de Langian, también respaldado por Zillmann (1983b), al sugerir que las condiciones experimentales dieron un "impulso" a las proposiciones de respuesta involucradas en la excitación sexual, produciendo así un acceso más exitoso a la excitación sexual. Sin embargo, para los fines presentes, probablemente no sea necesario considerar si se produjo un tipo elemental de tasación. Es suficiente notar que la excitación se transfirió y aumentó de manera

aditiva, pero solo para sujetos funcionales en nuestros estudios que evaluaron la "demanda de rendimiento", no para aquellos que ya eran sexualmente disfuncionales.

Interferencia cognitiva

Dado que la emoción parece haberse transferido muy bien entre la ansiedad y la excitación sexual en nuestros sujetos sexualmente funcionales, ¿qué les sucedía a nuestros pacientes sexualmente disfuncionales? Parecía que algo estaba interfiriendo con la transferencia de la emoción, pero era difícil concebir la naturaleza de esta interferencia. Un examen minucioso de los procesos cognitivos en curso, particularmente en la forma en que podrían interferir con la actividad sexual, parecía un lugar obvio para comenzar.

De hecho, sabíamos desde hacía algún tiempo que los factores cognitivos pueden interferir con la excitación sexual, y algunos de estos factores cognitivos habían sido aislados. Por ejemplo, Briddell et al. (1978) y Lansky y Wilson (1981) informaron que inducir varios conjuntos de expectativas de manera sistemática parece influir en la excitación. Otro cuerpo de investigación indicó que los hombres son capaces de suprimir su excitación durante la estimulación erótica si se les pide que lo hagan (p. ej., Abel, Blanchard y Barlow, 1981). Cuando ocurre la supresión, presumiblemente el mecanismo por el cual los sujetos suprimen las erecciones es la autodistracción o un cambio en la atención. Geer y Fuhr

(1976) probaron esta idea directamente en voluntarios normales, utilizando un dispositivo de "escucha dicótica": mientras escuchaban cintas de audio eróticas en un oído, los sujetos debían escuchar tareas cognitivas que distraían cada vez más en el otro oído. La excitación sexual disminuyó a medida que aumentaba la complejidad de la tarea de distracción.

Para examinar más de cerca los efectos de la distracción, probamos los efectos de la distracción neutral (escuchar cintas de audio que representan un pasaje no sexual de una novela popular) tanto en pacientes sexualmente disfuncionales como en voluntarios sexualmente funcionales de la misma edad (Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck, y Athanasiou, 1985). Los sujetos vieron una película erótica mientras escuchaban las cintas de audio que distraían y se les dijo que serían interrogados sobre el material de las cintas de audio después del experimento. Esto se contrastó con una condición donde la distracción no estaba presente.

Ambos grupos lograron niveles adecuados y equivalentes de respuesta del pene en condiciones sin distracciones. Los voluntarios normales evidenciaron

detumescencia significativa durante la distracción. Pero, en un desarrollo sorprendente, nuestros pacientes sexualmente disfuncionales no se vieron afectados por la distracción y mantuvieron la tumescencia; en todo caso, su excitación aumentó un poco durante la condición de distracción. Los datos se presentan en la Figura 3.3. Aunque los pacientes disfuncionales generalmente mostraban una excitación sexual ligeramente menor que los sujetos funcionales en nuestro laboratorio, no era inusual que los sujetos con disfunción eréctil psicógena (que habían sido examinados cuidadosamente para excluir cualquier caso de disfunción sexual con componentes orgánicos, como problemas vasculares) demostrar una excitación sustancial en estas condiciones benignas de laboratorio. Lo sorprendente fue la marcada diferencia en la respuesta de estos dos grupos a la distracción; fue particularmente desconcertante, porque los médicos, que trabajan con estos pacientes, han observado durante mucho tiempo que la distracción al tratar de desempeñarse sexualmente parece ser una dificultad importante que

distracción al tratar de desempeñarse sexualmente parece ser una dificultad importante que enfrentan las personas con una disfunción. Esta paradoja se analiza más adelante.

También hay evidencia de que una variedad de condiciones alternativas de demanda de desempeño son capaces de disminuir la excitación. Por ejemplo, cuando pacientes sexualmente disfuncionales y voluntarios funcionales sexuales vieron una película erótica de una mujer que obviamente estaba muy excitada, en comparación con una película erótica en la que la mujer no parecía excitada sexualmente, surgieron diferencias interesantes. Los voluntarios sexualmente funcionales mostraron una excitación sustancial con la película erótica en la que la mujer no estaba excitada, pero esta excitación aumentó significativamente cuando percibieron a la mujer excitada. Por otro lado, el

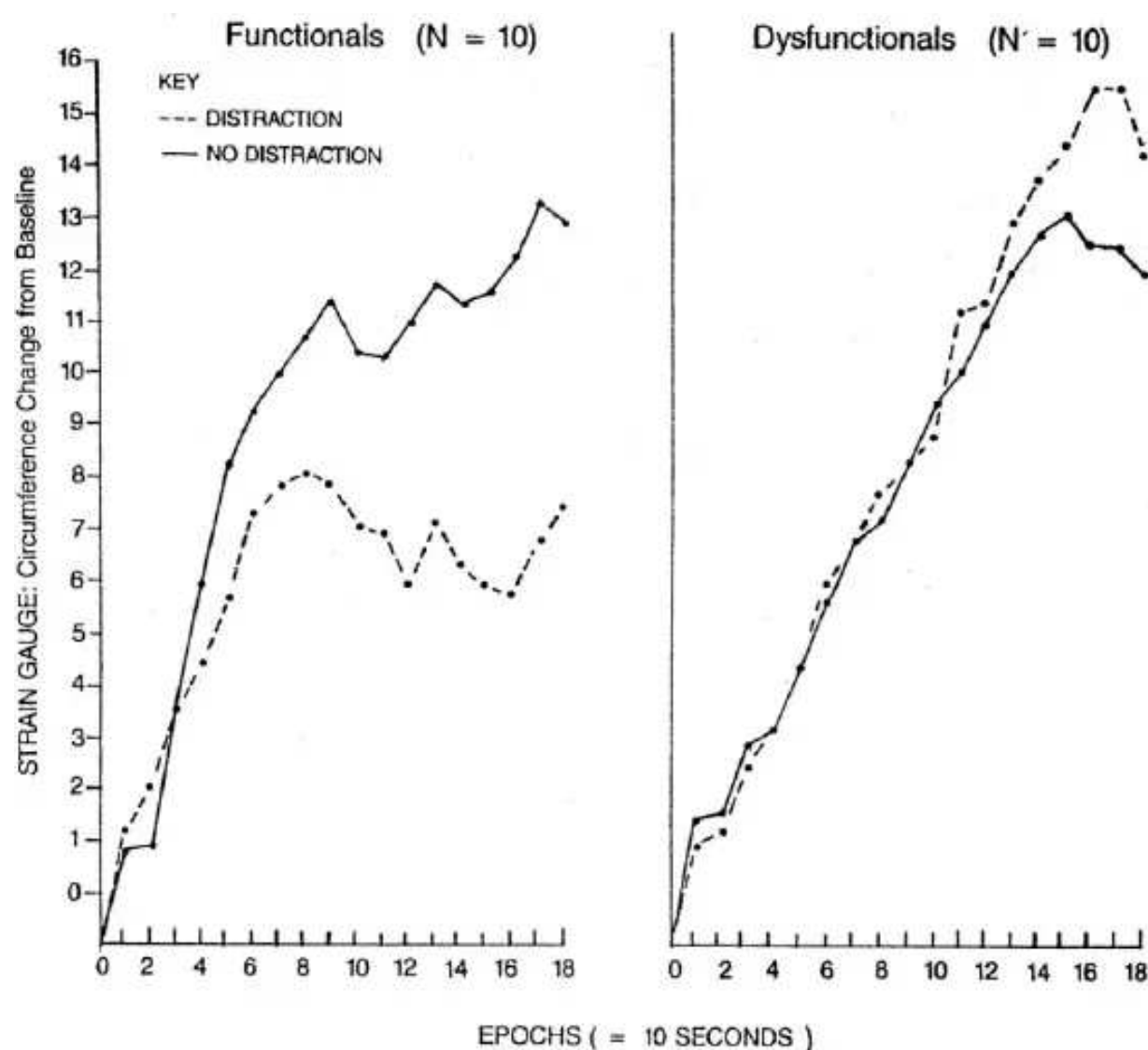


FIGURA 3.3.La galga extensiométrica media responde entre los sujetos por época durante la distracción y sin distracción: sujetos sexualmente funcionales (izquierda) versus sexualmente disfuncionales (derecha). De Abrahamson, Barlow, Sakheim, Beck y Athanasiou (1985). Copyright 1985 de la Association for Advance-ment of Behavior Therapy. Reimpreso con permiso.

los pacientes sexualmente disfuncionales mostraban menos excitación si percibían que la mujer estaba muy excitada, en comparación con una película en la que no estaba excitada (Abrahamson, Barlow, Beck, Sakheim y Kelly, 1985; Beck, Barlow y Sakheim, 1983). Lo que parecía estar sucediendo era que la mujer altamente receptiva suscitó preocupaciones relacionadas con el desempeño, que estaban "distrayendo" a nuestros pacientes. Los voluntarios, por otro lado, atendieron y se concentraron en las señales eróticas bajo cualquier condición.

condición.

Nuestras conclusiones preliminares de estos y otros experimentos relacionados (cf. Barlow, 1986) sugirieron que nuestros pacientes sexualmente disfuncionales también estaban sujetos a la fuerte influencia de la distracción, pero que las influencias de la distracción diferían en cuanto a sus efectos sobre los pacientes y los voluntarios sexualmente funcionales. Los voluntarios mostraron marcadas disminuciones en su excitación bajo la influencia de tipos de influencias de distracción neutras fuera de la tarea, pero demostraron marcados aumentos en la excitación bajo condiciones de demanda de desempeño. Nuestros pacientes, por otro lado, podían acomodar la distracción neutra con bastante facilidad, incluso mostrando cierta desinhibición, pero estaban marcadamente afectados por la influencia de la demanda de rendimiento. Esta condición de demanda de desempeño parecía dar lugar a una variedad de pensamientos de autoevaluación relacionados con la fisiología interna, así como la fuerte posibilidad de incumplimiento y posterior humillación. Tales pensamientos eran cogniciones fuertes, sobresalientes o “calientes” con un intenso tono afectivo negativo, y parecían impermeables a la intervención racional o a los simples efectos de la persuasión. En otras palabras, parecían ser parte integral de una respuesta cognitiva-afectiva básica, automática, instantánea.

Una de las razones de la fuerza de este proceso cognitivo-afectivo puede haber surgido, al menos parcialmente, de la siguiente serie de experimentos, que se centraron en la relación entre la cognición y el afecto en este grupo de pacientes. En un experimento, a voluntarios sexualmente funcionales se les presentaron cintas de audio eróticas simultáneamente con cuatro niveles de amenaza de shock: sin shock, tolerancia media, tolerancia y tolerancia doble (Beck et al., 1987). Como verificación adicional de su nivel de atención a las cintas de audio, se llevó a cabo una tarea de reconocimiento de oraciones administrada con la metodología de detección de señales inmediatamente después de la presentación de los estímulos. Esencialmente, los resultados indicaron que la amenaza de shock redujo la respuesta sexual, particularmente durante la tolerancia media y el shock de tolerancia; sin embargo, durante la condición de doble tolerancia, la respuesta sexual regresó un poco y se acercó a la respuesta bajo la condición de no descarga. El desempeño en la tarea de reconocimiento de oraciones mejoró durante la tolerancia media y el shock de tolerancia, y luego se deterioró un poco durante la condición de tolerancia doble. Por lo tanto, el desempeño en la tarea de reconocimiento de oraciones formó una función en forma de U invertida bajo intensidades crecientes de amenaza de shock, como se puede ver en la Figura 3.4.

Este hallazgo, por supuesto, es tan antiguo como la ley de Yerkes-Dodson (Anderson, 1990; Yerkes & Dodson, 1908) mencionada en el Capítulo 1; es decir, la eficiencia de la ejecución (en este caso, en la tarea de reconocimiento de oraciones) aumentará, hasta cierto punto, en condiciones de excitación (en este caso, amenaza de shock). Particularmente interesante, sin embargo, fue el efecto de nuestra condición experimental en el proceso de excitación sexual. Como se puede ver en la figura 3.4, la excitación sexual reflejaba esencialmente esta U invertida. Cuanto mejor les iba a los sujetos en la tarea de reconocimiento de oraciones (presumiblemente en función de una mayor atención a las oraciones), menos excitación sexual demostraban. En nuestros experimentos previos de amenazas de choque no teníamos este tipo de tarea y, por lo tanto, no se observaron estos efectos. Nuestra conclusión inicial fue que la "ansiedad" inducida por la amenaza de un shock mejorará el rendimiento o la

concentración en una función en forma de U invertida; sin embargo, si el foco de atención no es sexual, la excitación sexual sufrirá proporcionalmente. ¿Cuál sería la implicación de este hallazgo para nuestros pacientes disfuncionales? En estos pacientes, como recordará el lector, la ansiedad o la amenaza de shock parecían interferir con la excitación sexual, incluso cuando no se disponía de un foco de atención alternativo manifiesto. Por lo tanto, era posible que los

pacientes disfuncionales ya se estuvieran centrando en como recordará el lector, la ansiedad o la amenaza de shock parecían interferir con la excitación sexual, incluso cuando no se disponía de un foco de atención alternativo manifiesto. Por lo tanto, era posible que los pacientes disfuncionales ya se estuvieran centrando en como recordará el lector, la ansiedad o la amenaza de shock parecían interferir con la excitación sexual, incluso cuando no se disponía de un foco de atención alternativo manifiesto. Por lo tanto, era posible que los pacientes disfuncionales ya se estuvieran centrando en

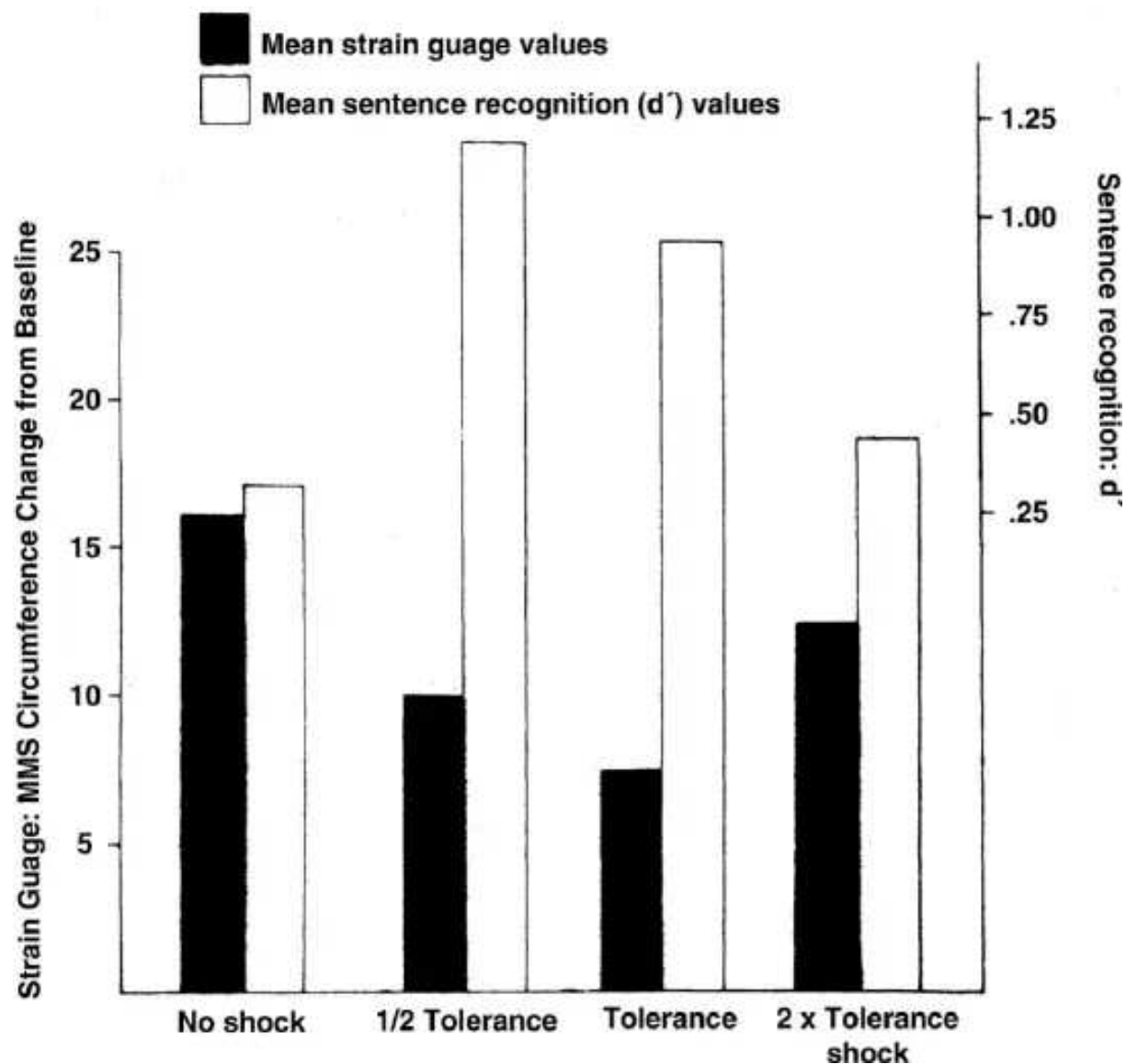


FIGURA 3.4. Respuesta media de la galga extensométrica promediada a lo largo de la duración del estímulo y la sentencia media valores de reconocimiento, durante cuatro condiciones de amenaza de choque. De Beck, Barlow, Sakheim y Abrahamson (1987). Copyright 1987 por la Sociedad para la Investigación Psicofisiológica, Inc. Reimpreso con permiso.

o prestar atención a algo más que señales eróticas. Los crecientes niveles de “ansiedad”, entonces, evidentemente agudizaron y aumentaron la eficiencia de su foco de atención. Desafortunadamente, este enfoque dirigido al otro ocurrió a expensas de la excitación sexual.

La evidencia de que esto estaba sucediendo estaba presente en los estudios de distracción descritos anteriormente y en algunos experimentos posteriores bastante complejos (Beck y Barlow, 1986a, 1986b).

Otro experimento de nuestro laboratorio pareció confirmar este enfoque diferencial de atención entre grupos (JC Jones, Bruce y Barlow, 1986). Tanto los voluntarios sexualmente disfuncionales como los sexualmente funcionales de la misma edad vieron películas eróticas bajo los cuatro niveles de amenaza de shock descritos anteriormente. El hallazgo principal que surgió fue que los voluntarios mostraron una mayor excitación sexual en una función en forma de U invertida a medida que aumentaba la intensidad de la amenaza de descarga (hasta el nivel de tolerancia total), pero los pacientes mostraron una menor excitación en una función normal en forma de U. En otras palabras, el patrón de excitación sexual de estos dos grupos en estas condiciones experimentales se reflejaba entre sí. Este resultado pareció confirmar que los voluntarios y los pacientes estaban prestando atención a diferentes señales: para nuestros pacientes disfuncionales, las señales no eran sexuales.

Por lo tanto, la evidencia preliminar sugirió que a nuestros voluntarios sexualmente funcionales les fue peor (es decir, evidenciaron una menor excitación sexual) cuando se les asignó una tarea que los apartó un poco del procesamiento directo de las señales eróticas. Pero, para volver a la paradoja mencionada anteriormente, el hallazgo intrigante que aún no se discute completamente aquí es que nuestros pacientes sexualmente disfuncionales no mostraron

ningún efecto o lo hicieron un poco mejor cuando se distrajeron del procesamiento de señales eróticas por una distracción neutral y ajena a la tarea. , como lecturas de libros populares

TRASTORNOS

novelas Por otro lado, las demandas sexuales relacionadas con el desempeño parecían "distracer" a nuestros pacientes, y la presencia de niveles crecientes de ansiedad durante la demanda de desempeño disminuyó aún más la excitación sexual, probablemente al aumentar la concentración en el contenido no erótico de su foco de atención. Presumiblemente, como se sugirió anteriormente, este enfoque se centró en la fisiología interna (incluida la respuesta eréctil); sobre preocupaciones relacionadas con el desempeño; y sobre el temor al escrutinio, el fracaso y el ridículo.

Pero la introducción de una tarea no erótica competitiva para nuestros sujetos disfuncionales, como contar números o escuchar historias neutrales, no redujo la excitación sexual y, en algunos casos, la desinhibió ligeramente. Era posible que el cambio en la distribución de la atención producido por contar números o escuchar historias mientras miraba una película erótica tuviera el efecto de distraer a los pacientes de las preocupaciones relacionadas con el desempeño ("cogniciones calientes") que tanto ocupaban su atención. Por supuesto, no estaba claro que esta reasignación de la atención llevaría alguna vez a niveles funcionales de rendimiento, ya que la asignación de la atención seguía estando relativamente dividida, pero era una posibilidad interesante.

Diferencias cognitivas y afectivas

Varias otras diferencias entre nuestros pacientes sexualmente disfuncionales y los voluntarios sexualmente funcionales de la misma edad surgieron en estos primeros experimentos que contribuyeron a nuestra concepción de los detalles de la estructura cognitiva-afectiva coherente que ahora se conoce como "aprensión ansiosa". Primero, estos dos grupos tenían diferentes respuestas afectivas en un contexto sexual. Como era de esperar, los pacientes evidenciaron un afecto negativo sustancial en un contexto sexual, mientras que los voluntarios informaron respuestas afectivas generalmente positivas (según los elementos de la lista de verificación de adjetivos de afecto). Para estos pacientes, el afecto negativo era específico de la situación del contexto sexual y bien puede haber sido el resultado de expectativas de respuesta inadecuada o incapacidad para controlar la respuesta. Una posibilidad intrigante es que las respuestas afectivas negativas sean anteriores a la disfunción sexual y contribuyan a su etiología. Por ejemplo, Donn Byrne (1977, 1983a, 1983b) investigó variables de personalidad que eran disposicionales en términos de respuesta adecuada a señales eróticas. El rasgo que surgió cayó en la dimensión que denominó "erotofilia-erotofobia". Las respuestas afectivas negativas de los hombres sexualmente disfuncionales los colocaron dentro del extremo erotofóbico de la dimensión, y es interesante que Byrne eligió el término "-fóbico". Estos hombres pueden haber sido psicológicamente vulnerables a la disfunción sexual en algunas de las formas que se describen a continuación. Por ejemplo, los efectos de la manipulación exitosa del afecto negativo (Mitchell, DiBartolo, Brown y Barlow, 1998) descritos a continuación, así como la instigación de la atribución interna de la falla eréctil en sujetos por lo demás normales (Weisberg, Brown, Wincze y Barlow, 2001) parecerían respaldar esta afirmación. En cualquier caso, las respuestas afectivas negativas pueden contribuir a evitar las señales eróticas y, por lo tanto, pueden facilitar la interferencia cognitiva producida al centrarse en señales no eróticas.

En un estudio más reciente que probó los efectos del estado de ánimo positivo y negativo en la excitación sexual, nosotros (Mitchell et al., 1998) inducimos tanto el estado de ánimo positivo como el negativo a través de procedimientos bien establecidos de inducción del estado

positivo como el negativo a través de procedimientos bien establecidos de inducción del estado de ánimo musical en un grupo de 24 hombres sexualmente funcionales. En comparación tanto con la condición de referencia como con la de control neutral, el estado de ánimo positivo dio como resultado una mayor excitación objetiva, según lo medido por las medidas del medidor de tensión del pene, así como un aumento de los informes de excitación subjetiva. Por el contrario,

el estado de ánimo negativo redujo significativamente la excitación sexual objetiva, con una tendencia hacia la disminución de la excitación subjetiva. Estos resultados sugieren que el afecto por sí solo, independientemente de otros factores contextuales, afecta la excitación sexual tanto en direcciones negativas como positivas.

No está claro qué media en esta respuesta, pero una posibilidad es que la excitación general sea menor en el contexto del afecto negativo o la depresión y, por lo tanto, que haya menos disponible para transferir a la excitación sexual que en los estados afectivos positivos. De hecho, Rowland, Cooper y Heiman (1995) indicaron que el afecto positivo fue significativamente mayor para los varones sexualmente funcionales que para los disfuncionales durante los períodos de estimulación erótica, pero no durante el período de referencia.

Además, nuestros pacientes masculinos con disfunciones sexuales psicógenas han subestimado sistemáticamente sus niveles reales de excitación sexual. Es decir, al mismo nivel de respuesta eréctil, estos pacientes informaron mucha menos excitación sexual que los hombres sexualmente funcionales o los pacientes con disfunciones sexuales organogénicas (Sakheim, Barlow, Abrahamson y Beck, 1987). Esto también ha sido cierto para las mujeres disfuncionales (Morokoff y Heiman, 1980).

En un interesante informe preliminar, esta percepción imprecisa de la excitación parecía extenderse a las estimaciones del control personal sobre la excitación. Es decir, cuando se les pidió a los pacientes y a los voluntarios sexualmente funcionales que suprimieran su excitación, ambos grupos lo hicieron, pero los voluntarios informaron haber tenido éxito, mientras que los pacientes parecían no darse cuenta de que estaban suprimiendo con éxito la excitación y no pudieron informar de ningún medio por el cual lo lograron. fueron, o podrían ser capaces de controlar su excitación sexual. En la mente de estos pacientes, entonces, un contexto sexual, en particular uno en el que podría ser necesaria la actuación, produjo fuertes respuestas afectivas negativas y percepciones de falta de control sobre su respuesta sexual (Barlow, 1986; Mitchell, Marten, Williams). y Barlow, 1990).

UN MODELO DE APRENSIÓN ANSIOSA EN LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Aunque los experimentos relacionados con la disfunción sexual pueden parecer muy alejados de la ansiedad, en realidad son extremadamente relevantes. Toda la evidencia sugiere que la disfunción sexual cae claramente en la categoría de fobia social, como lo implica el rasgo "erotofóbico" de Byrne. Sarason y sus colegas, en una serie rigurosa y sistemática de estudios iniciales sobre la ansiedad ante los exámenes que luego se extendieron a otras áreas de desempeño, han aislado lo que parece ser un proceso similar (Sarason, 1982, 1984, 1985; Sarason, Pierce y Sarason, 1996).). Específicamente, el nivel de excitación autonómica parece no estar relacionado con el desempeño final en las pruebas; más bien, la cantidad de actividad cognitiva que distrae con respecto a la posibilidad y las consecuencias del fracaso parece estar directamente relacionada con un desempeño deficiente en la prueba. Además, Los estudiantes

muy ansiosos por los exámenes obtienen peores resultados en condiciones que aumentan la actividad cognitiva que distrae, como los cambios en el foco de atención hacia las preocupaciones de autoevaluación (Carver, Peterson, Follansbee y Scheier, 1983; ver más abajo), mientras que los estudiantes con poca ansiedad obtienen mejores resultados. bajo estas condiciones. Otros paralelos se describen en otra parte (Beck y Barlow, 1986b).

Por supuesto, la ansiedad ante los exámenes y la disfunción sexual son sólo dos pequeños ejemplos de contextos en los que opera el proceso de ansiedad. Pero son particularmente adecuados para el análisis experimental, porque las respuestas o resultados conductuales directamente afectados por la ansiedad son cuantificables (puntuaciones de pruebas y excitación sexual). Por lo tanto, uno puede “ingresar” cualquiera de los elementos hipotéticos de la estructura cognitivo-afectiva de la ansiedad, ya sea individualmente o en combinación, y examinar cuidadosamente los efectos sobre el comportamiento posterior.

Sobre la base de los primeros estudios de nuestro grupo en la década de 1980, construí un "minimodelo" de los procesos que operan en la disfunción sexual (Barlow, 1986, 1988). Este modelo se presenta en la Figura 3.5. Básicamente, en este modelo, la percepción de un contexto sexual, particularmente la posibilidad de tener que actuar, provoca respuestas afectivas negativas, incluidas las percepciones de falta de control o incapacidad para obtener los resultados deseados. En este punto se produce un cambio crítico de

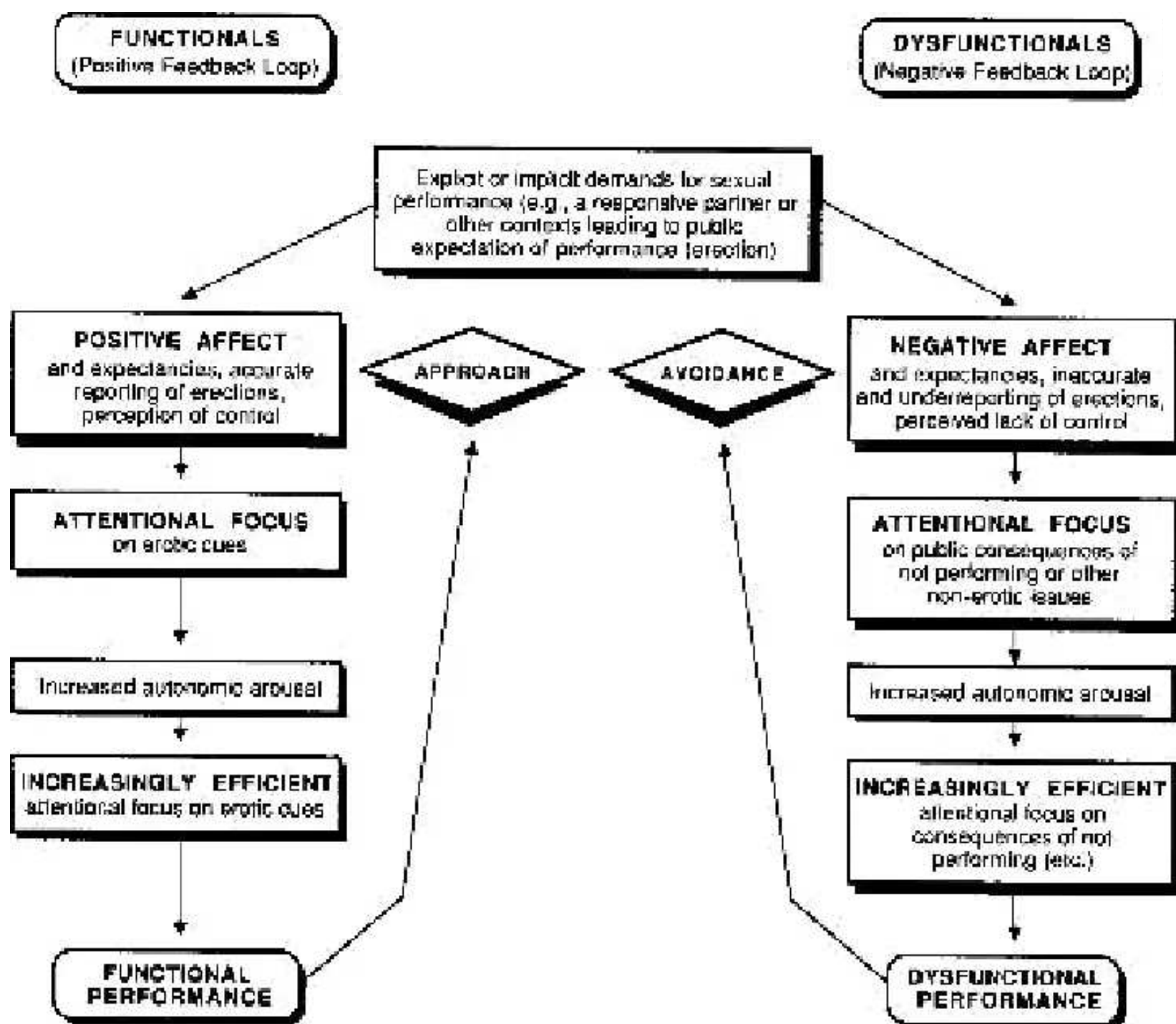


FIGURE 1.01 Model of sexual inhibition by D. 'G. (1982). "Contextual conditioning and sexual inhibition."

la atención pasa de un enfoque externo (sobre material erótico, en este caso) a un enfoque de autoevaluación más interno; al menos, un enfoque autoevaluativo negativo se vuelve más destacado. La excitación creciente asociada con esta estructura afectiva reduce la atención de la manera descrita por la investigación básica sobre la reducción de la atención. Pero el foco de atención está en las declaraciones autoevaluativas negativamente afectivas y/o en los signos y síntomas autonómicos de la excitación misma. Dado que el aumento de la excitación asegura un enfoque cada vez más eficiente o "estrechamiento de la atención", el contenido afectivo negativo (en este caso, los aspectos de la respuesta sexual y las consecuencias del fracaso durante el desempeño sexual) se vuelve aún más destacado o "caliente". En este punto, estos pacientes pueden realmente distraerse de lo que están haciendo, que en el peor de los casos interfiere con el rendimiento (como es el caso de la disfunción sexual y la ansiedad ante los exámenes). Fue este modelo el que condujo a la construcción teórica que abarca el proceso de aprehensión ansiosa en general, presentado en la Figura 3.1. Lo que sigue es una exploración más detallada de la investigación que respalda el proceso de aprehensión ansiosa, así como una actualización del modelo basada en investigaciones más recientes.

La naturaleza de la aprehensión ansiosa

77

EL PROCESO DE APRENSIÓN ANSIOSA

Atención enfocada en uno mismo

Un componente importante de este modelo se basa en conceptos de capacidad atencional (Baddeley, 1986). Específicamente, como acabo de señalar, teorice que el aumento de la amenaza sirve para reducir la atención y aumentar la concentración en un enfoque particular. Formulé la hipótesis de que, en el contexto sexual, el enfoque de las personas con disfunción se centra en las preocupaciones sobre el rendimiento, como "No me estoy excitando". Este foco interno de atención y los aumentos resultantes en la excitación relacionada con la ansiedad conducen a una disminución de la tumescencia (porque no se procesa el material erótico). Para los individuos sexualmente funcionales, por el contrario, la atención se enfoca de manera más eficiente externamente en el material erótico. Aunque esta hipótesis con respecto a la asignación atencional diferencial fue originalmente solo inferencial (es decir, no se tomaron

medidas de atención), examen post hoc del contenido del pensamiento en una réplica de Abrahamson, Barlow, Sakheim, et al. (1985) la investigación sugirió que la distracción aumentó el pensamiento fuera de la tarea para sujetos funcionales, pero no para sujetos disfuncionales (Bruce y Barlow, 1990).

Así, por inferencia, los sujetos disfuncionales mantienen un proceso atencional patológico que se enfoca internamente en la preocupación por el fracaso relacionado con el desempeño. La distracción neutral de alguna manera redirige la atención lejos de este enfoque en sí mismo y, por lo tanto, permite un procesamiento algo mayor de los estímulos en la tarea (en este caso, material erótico). Por otro lado, el afecto negativo en este modelo, como el inducido por la amenaza de shock o los experimentos de inducción del estado de ánimo, sirve para aumentar la excitación y estrechar el foco de atención ya sea interna o externamente, interfiriendo en última instancia con los recursos de procesamiento de información.

Esta tendencia hacia el autoenfoque parece ser un componente importante, aunque en gran

Esta tendencia hacia el autocenque parece ser un componente importante, aunque en gran medida pasado por alto, de la estructura cognitivo-afectiva de la aprehensión ansiosa. Afortunadamente, la investigación socio-psicológica básica con voluntarios sexualmente funcionales ha aclarado algunas de las cuestiones involucradas en este proceso.

Desde el advenimiento de la biorretroalimentación, hemos sido conscientes de que es posible que las personas discriminen los cambios en la actividad autónoma con un grado inesperado de precisión (Blanchard y Epstein, 1977; Schwartz, 1976). ¿Por qué, entonces, la gente suele ser tan pobre para determinar su estado interno? Zillmann (1983a, 1983b) ha sugerido, sobre la base de la literatura sobre biorretroalimentación, que no tiene nada que ver con las habilidades para percibir cambios internos, que obviamente están muy desarrolladas. Más bien, las personas no utilizan estas capacidades en ningún lugar cercano a su pleno potencial. Como señaló Shapiro (1974), bien puede haber una muy buena razón para ello. Específicamente, la relativa falta de atención (o las limitaciones en la conciencia de) los eventos internos pueden haber sido funcionalmente adaptativos en un sentido evolutivo. Poner un límite a la conciencia de los eventos internos puede haber reducido una fuente importante de distracción para la actividad externa en curso. En otras palabras, los humanos que funcionaban en milenios pasados como cazadores-recolectores, o hoy en día en el hogar o la oficina, serían mucho menos eficientes si las personas estuvieran distraídas continuamente por una maraña de estímulos internos a los que atendieran por completo. Considere qué tan rápido se desmorona la eficiencia externa cuando varios tipos de eventos internos se imponen a la conciencia: (1) angina y otros dolores; (2) las sensaciones que surgen del impulso de eliminar los productos de desecho; (3) hambre; (4) activación del reflejo de tos o estornudo; (5) fiebre. Sin embargo, las habilidades de las personas para monitorear de cerca su propio funcionamiento en todo momento permanecen,

La investigación básica (p. ej., Kahneman, 1973; Baddeley, 1986) ha demostrado que la atención tiene varias propiedades. Puede concentrarse o difundirse en varios contextos.

También se puede caracterizar por más o menos vigilancia, estado de alerta o esfuerzo (Scheier, Carver y Matthews, 1983). Algunas de estas cualidades, sin duda, están relacionadas con la cantidad de excitación

TRASTORNOS

asociado a la atención. Por ejemplo, la excitación parece resultar en un estrechamiento de la atención, como se describe en el Capítulo 2. Los psicólogos sociales (p. ej., Duval y Wicklund, 1972; Scheier et al., 1983; Carver y Scheier, 1991; Schwarzer y Wicklund, 1991) han determinado que los seres humanos tienen una cantidad limitada de atención que asignar, y aunque la capacidad de atención puede variar un poco con el tiempo, existe un antagonismo mutuo entre el enfoque en uno mismo y el enfoque en el entorno. En otras palabras, la cantidad de atención dirigida a eventos o tareas externas limita proporcionalmente la cantidad de atención dirigida a eventos internos. Además, los cambios de atención del enfoque externo al enfoque en sí mismo pueden manipularse o indicarse de manera confiable. En los laboratorios de los psicólogos sociales se han utilizado espejos para volver la atención hacia adentro, pero

cualquier señal ambiental puede provocar un cambio hacia la atención centrada en uno mismo a través del aprendizaje. Duval y Wicklund (1972) fueron los primeros en sistematizar estas observaciones en una teoría de la autoconciencia objetiva.

Una de las principales señales que dan como resultado un cambio hacia la atención centrada en uno mismo es la percepción o una mayor conciencia de las sensaciones fisiológicas. Por ejemplo, en un experimento básico interesante, Wegner y Giuliano (1980)

manipularon la excitación general de sus sujetos haciéndolos acostarse y relajarse, sentarse en una silla o correr en el mismo lugar; luego presentaron a los sujetos un formulario que contenía una serie de oraciones a las que les faltaban palabras. Los resultados indicaron que los sujetos que habían experimentado y notado una excitación marcada (después de correr en el lugar) eligieron más palabras relevantes para ellos mismos para completar las oraciones, mientras que aquellos que se relajaron eligieron menos palabras relevantes para ellos mismos. Fenigstein y Carver (1978) llegaron a una conclusión similar en un experimento sobre retroalimentación falsa de la frecuencia cardíaca.

& Wicklund, 1972). En vista de estos resultados con manipulaciones bastante débiles, uno solo puede preguntarse sobre el efecto de la atención de las sensaciones fisiológicas intensas y dramáticas asociadas con las falsas alarmas (ver Capítulo 7).

Varios resultados de este importante trabajo sobre la atención centrada en uno mismo son relevantes para los presentes propósitos. En primer lugar, como ocurre con cualquier rasgo humano, los individuos parecen variar en su disposición a prestar atención a sí mismos, según lo medido por cuestionarios psicométicamente sólidos (p. ej., Carver y Scheier, 1981, 1991; Scheier y Carver, 1983). Al examinar los efectos de la autoatención (ya sea medida como una disposición en cualquier momento o manipulada experimentalmente en el laboratorio a través de espejos u otros dispositivos), los investigadores han demostrado que la atención enfocada en uno mismo aumenta en gran medida la sensibilidad a las sensaciones corporales y otros.

aspectos de la experiencia interna. Además, esta sensibilidad a las sensaciones corporales se extiende rápidamente a otros aspectos del yo, como las preocupaciones de autoevaluación. En la investigación básica, La "atención centrada en uno mismo" se refiere a hacer coincidir el comportamiento de uno con los estándares predeterminados y, a menudo, quedarse corto. En sujetos normales, la atención a uno mismo puede tener algunas consecuencias potencialmente positivas. Por ejemplo, los sujetos con una gran disposición a prestar atención a sí mismos o los sujetos manipulados experimentalmente para que presten mucha atención a sí mismos serán mucho menos susceptibles a la sugestionabilidad inherente a las manipulaciones con placebo. Si se les da un placebo y se les dice que los despertará, alertará y excitará, los sujetos autoatentos serán menos susceptibles a la sugestión que los sujetos más dirigidos externamente. Los datos directamente relacionados con esta proposición se presentan a continuación. los sujetos con una gran disposición a prestar atención a sí mismos o los sujetos manipulados experimentalmente para que presten mucha atención a sí mismos serán mucho menos susceptibles a la sugestionabilidad inherente a las manipulaciones con placebo. Si se les da un placebo y se les dice que los despertará, alertará y excitará, los sujetos autoatentos serán menos

susceptibles a la sugestión que los sujetos más dirigidos externamente. Los datos directamente relacionados con esta proposición se presentan a continuación. los sujetos con una gran disposición a prestar atención a sí mismos o los sujetos manipulados experimentalmente para que presten mucha atención a sí mismos serán mucho menos susceptibles a la sugestionabilidad inherente a las manipulaciones con placebo. Si se les da un placebo y se les dice que los despertará, alertará y excitará, los sujetos autoatentos serán menos susceptibles a la sugestión que los sujetos más dirigidos externamente. Los datos directamente relacionados con esta proposición se presentan a continuación.

Pero las consecuencias más importantes de la dirección de la atención en el contexto de los trastornos emocionales tienen que ver con su efecto sobre la emoción. La provocación experimental de varias emociones en el laboratorio es experimentada más intensamente por

individuos con una mayor disposición a la autoatención. Esto, por supuesto, que implica apoyo para la noción de James-Lange de que la percepción de sensaciones internas fisiológicas o de otro tipo

es el desencadenante de la experiencia emocional. Más bien, esto

La naturaleza de la aprehensión ansiosa

79

La noción es consistente con la mayoría de las teorías de la emoción, incluidas las formulaciones expresivo-conductuales. Es decir, es probable que un enfoque autodirigido y el aumento resultante de la sensibilidad a las sensaciones fisiológicas o propioceptivas den como resultado una mayor intensidad subjetiva de la experiencia emocional después de que se haya provocado la emoción. La evidencia de que el cambio atencional a un enfoque en uno mismo sigue a la excitación o afecto inicial proviene de varios experimentos anteriores (p. ej., Carver, Blaney y Scheier, 1979; Wegner y Guiliano, 1980). Por supuesto, se crea un pequeño ciclo de retroalimentación negativa dentro del ciclo más grande por la intensificación de la excitación y el afecto negativo que sigue al cambio en la atención hacia el enfoque en uno mismo. Este

pequeño ciclo de retroalimentación también se representa en la Figura 3.1. Una consecuencia importante adicional de la atención centrada en uno mismo es la incapacidad de habituarse a los estímulos externos mientras se está en este modo de atención (Scheier et al., 1983). Este aspecto de la atención centrada en uno mismo tiene implicaciones sustanciales para las estrategias de reducción de la ansiedad.

Centrarse en las sensaciones frente al afecto

Un paso final en el proceso de atención centrada en uno mismo relevante para los trastornos emocionales se refiere a diferentes aspectos de la experiencia interna a los que se puede asignar la atención de manera concentrada y selectiva. Dos aspectos importantes que llaman la atención son las sensaciones de estímulo asociadas con la experiencia y los componentes emocionales o afectivos de la experiencia. En un experimento clásico, Leventhal, Brown, Shachan y Engquist (1979) instruyeron a voluntarios normales para que sumergieran sus manos en agua fría (la "prueba del frío") mientras evaluaban periódicamente su angustia emocional. Los sujetos también informaron sobre la fuerza de las sensaciones físicas durante la prueba. Entre el número de juegos de instrucción administrados a estos sujetos antes de que sumergieran sus manos había dos que enfatizaban las cualidades precisas del estímulo que se esperaban (p. ej., frío, hormigueo, entumecimiento) o la angustia emocional que experimentarían (p. ej., aprensión, "mariposas", tensión, debilidad). Los sujetos que se concentraron en los aspectos más bien mecánicos del estímulo físico y la sensación de respuesta informaron menos angustia y aspectos emocionales menos intensos de la experiencia. Como Scheier et al. (1983), es probable que la concentración en el aspecto emocional de una experiencia también conduzca a una mayor descarga simpática. Este hallazgo es consistente con trabajos anteriores sobre la

intensificación del estado emocional a través de la atención centrada en uno mismo. Los sujetos que se concentraron en los aspectos más bien mecánicos del estímulo físico y la sensación de respuesta informaron menos angustia y aspectos emocionales menos intensos de la experiencia. Como Scheier et al. (1983), es probable que la concentración en el aspecto emocional de una experiencia también conduzca a una mayor descarga simpática. Este hallazgo es consistente con trabajos anteriores sobre la intensificación del estado emocional a través de la atención centrada en uno mismo. Los sujetos que se concentraron en los aspectos más bien mecánicos del estímulo físico y la sensación de respuesta informaron menos angustia y aspectos emocionales menos intensos de la experiencia. Como Scheier et al. (1983), es probable que la concentración en el aspecto emocional de una experiencia también conduzca a una mayor descarga simpática. Este hallazgo es consistente con trabajos anteriores sobre la intensificación del estado emocional a través de la atención centrada en uno mismo.

Volviendo al trabajo de mis colegas y mío sobre la disfunción sexual, hay algunos paralelos interesantes adicionales (Beck y Barlow, 1986a, 1986b). En un experimento, se instruyó a pacientes sexualmente disfuncionales y controles sexualmente funcionales de la misma edad para que se concentraran en sus sensaciones o sentimientos de excitación mientras veían una película erótica, o para que se concentraran más objetivamente en cuánta respuesta

genital estaban logrando "como si de un la perspectiva de un extraño". El último conjunto de instrucciones estaba destinado a reproducir lo más fielmente posible el concepto de "espectador", mencionado con tanta frecuencia en la literatura sobre disfunción sexual como un posible factor de mantenimiento. Estos conjuntos de instrucción se entregaron bajo la amenaza de descarga contingente descrita anteriormente ("Hay un 60% de posibilidades de que se descargue si no está tan excitado como el sujeto promedio") o sin amenaza. Los sujetos sexualmente funcionales se distrajeron con estas instrucciones de "espectador", y la amenaza de

shock pareció intensificar los efectos de las instrucciones de distracción para estos sujetos al reducir la excitación. Una vez más, este no fue el caso de los pacientes sexualmente disfuncionales, quienes nos sorprendieron al mostrar sus niveles más altos de excitación cuando las instrucciones de "espectador" iban acompañadas de una amenaza de shock. Así, ya sea que se les dijera a los sujetos funcionales que se concentraran en el contenido de una historia neutral mientras miraban una película erótica (ver Figura 3.3) o algún otro estímulo no afectivo, la atención a las señales eróticas y la excitación sexual resultante se resintieron.

ligeramente (ver Figura 3.3), al igual que prestar atención a otros estímulos no afectivos en otro estudio (Cranston-Cuebas & Barlow, 1990). Aquí está la paradoja una vez más. Pero cuando se pidió a los sujetos del experimento que acabamos de describir que prestaran atención a los afectos y sentimientos, se observaron resultados diferentes. Los sujetos disfuncionales evidenciaron algún afecto negativo y en general parecían distanciarse un poco de la situación. Los sujetos funcionales, por otro lado, estaban subjetivamente involucrados e interesados (Beck & Barlow, 1986b).

En vista de estos hallazgos, es posible una vez más que el enfoque del espectador mecánico para los sujetos disfuncionales en este experimento distrajera sus mentes de los aspectos negativos y autoevaluativos de su afecto o angustia asociados con el funcionamiento sexual, ¡y por lo tanto facilitó la respuesta sexual! De hecho, un examen cuidadoso de su foco de atención sugirió que los sujetos disfuncionales tendían a volver a la película erótica mucho más que los sujetos funcionales durante la condición de "espectadores". Era casi como si tener algo más en lo que concentrarse durante la película les permitiera de alguna manera eludir su efecto negativo con respecto a esta situación. Por lo tanto, un cambio hacia la atención centrada en uno mismo parece crítico; sin embargo, después de que ocurra este cambio,

En resumen, la atención centrada en uno mismo parece aumentar la percepción de los estados internos. Si uno experimenta un estado afectivo, este estado puede intensificarse mediante la subsiguiente atención centrada en uno mismo. Sin embargo, en una situación más ambigua, la dirección de la autoatención puede asignarse a las configuraciones del estímulo (así como a otros aspectos operativos del contexto) o a las cualidades afectivas de la experiencia. Este último enfoque parece particularmente destacado si las cualidades afectivas de autoevaluación implican algún tipo de angustia (Scheier et al., 1983). Existen paralelos en la investigación clínica, que se analizan con más detalle a continuación. Por ejemplo, Rapee (1986), en un experimento descrito en el Capítulo 5, inhalación. Durante el ensayo, presumiblemente, los pacientes centraron su atención en estas sensaciones a expensas de los componentes afectivos o de angustia de la experiencia.

Implicaciones para los trastornos clínicos

Las implicaciones de la atención centrada en uno mismo para la ansiedad y los trastornos relacionados se sugieren en varios estudios análogos. En un experimento, los sujetos con fobia a las serpientes se acercaron a una serpiente en presencia de un espejo, los sujetos con fobia a las alturas se acercaron a una plataforma en presencia de un espejo. En un segundo experimento, sujetos altos y bajos en timidez fueron amenazados con descargas eléctricas con un pretexto. En ambos experimentos (Scheier, Carver y Gibbons, 1981), la atención autodirigida intensificó el miedo y resultó en una conducta de evitación más fuerte y rápida. Hallazgos similares son evidentes en otros estudios análogos. Por ejemplo, las personas que tienen una gran autoconciencia reaccionan más negativamente en términos de afecto ante eventos negativos como el fracaso (p. ej., Hull & Young, 1983).

Ahora también existe evidencia sobre los efectos nocivos de la atención centrada en uno mismo a partir de estudios de personas con un foco de ansiedad distinto de las dificultades sexuales. Por ejemplo, Hope, Heimberg y Klein (1990) estudiaron a estudiantes universitarios con ansiedad social y evaluativa, que no cumplían con los criterios de fobia social, en una serie de interacciones con sus compañeros. Luego, se pidió a estas personas que recordaran varios detalles de las interacciones sociales, como el contenido de la conversación o la ropa que vestía la otra persona. Los individuos socialmente ansiosos recordaron menos información de los encuentros y cometieron más errores que los sujetos menos ansiosos, presumiblemente porque se concentraban internamente y eran menos capaces de procesar los detalles de la tarea externa.

Sheila Woody (1996), en un experimento bien diseñado, estudió a pacientes con fobia social a quienes se les pidió que presentaran discursos ante una pequeña audiencia. Ella lo describe de la siguiente manera:

Dos participantes con fobia social, el Cliente A y el Cliente B, se pararon juntos frente a una audiencia de 4 miembros del personal del hospital en el que se encontraba la clínica. Los miembros del personal eran hombres y mujeres de diferentes edades. Todo el procedimiento fue grabado en video para su posterior calificación por parte de los observadores. Un experimentador asignó roles de habla al azar a cada uno de los participantes: en este ejemplo, el Cliente A desempeñó el rol de orador y el Cliente B tomó el rol pasivo. Para la tarea experimental, el Cliente A hizo dos discursos consecutivos. El contenido de los discursos consistía en sensaciones corporales ansiosas, cogniciones y emociones, pero la persona que era el foco del discurso variaba para cada ensayo. En la primera prueba, el contenido del discurso de A se centró en su propia experiencia actual: sus sensaciones corporales, cogniciones, emociones. Para el segundo ensayo,

Debido a que esta era una tarea social inusual, cada orador recibió una lista de una serie de indicaciones para usar como guía para ambos discursos. Estos avisos incluían emociones positivas y negativas, pensamientos y sensaciones corporales o signos externos de ansiedad. Los oradores generalmente usaban las señales físicas externas de sus socios para ayudarlos a hacer el discurso sobre el cliente pasivo. (Woody, 1996, pág. 63)

Las calificaciones de ansiedad se tomaron cuando cada individuo pronunciaba su discurso (condición activa) o mientras cada paciente observaba al otro individuo pronunciar el discurso (condición pasiva). Por supuesto, hablar sobre las propias reacciones o escuchar a alguien más hablar sobre las propias reacciones es una manipulación que aumenta la atención centrada en uno mismo. Los resultados se presentan en la Figura 3.6. La atención centrada en uno mismo aumentó tanto las autoevaluaciones como las calificaciones de los observadores sobre la ansiedad durante el discurso, como se predijo.

Borden, Lowenbraun, Wolff y Jones (1993) evaluaron 19 pacientes con trastorno de pánico y 20 controles normales en cuanto a la presencia de atención centrada en uno mismo en una variedad de condiciones. Estas condiciones incluyeron el registro de referencia, seguido de un período de relajación de 15 minutos y, finalmente, 4 minutos de un estresor mental leve que consistía en la tarea de "serie 7" (restar 7 secuencialmente de un número grande). Los resultados sugirieron un autoenfoco significativamente mayor para los pacientes que para los controles. Durante los períodos de relajación y de referencia relativamente desestructurados, los pacientes con trastorno de pánico experimentaron un mayor enfoque en las sensaciones físicas internas. Durante la tarea de la serie 7, los pacientes permanecieron centrados en sí mismos, pero cambiaron un poco este enfoque hacia una mayor conciencia de su comportamiento.

Finalmente, Panayiotou y Vrana (1998) evaluaron a 25 hombres con alta ansiedad social y 30 hombres con baja ansiedad social en una tarea de recordar dígitos donde a los sujetos se les dijo o no se les dijo que serían evaluados en la tarea. La mitad de los ensayos se realizaron en condiciones de autoenfoco. En los ensayos restantes, se instruyó a los sujetos para que se concentraran en la tarea. El enfoque en uno mismo condujo a una mayor respuesta de sobresalto entre los individuos socialmente ansiosos (lo que refleja una mayor ansiedad; consulte el Capítulo 2) y, cuando se combinó con la evaluación, condujo a resultados más pobres en el recuerdo entre todos los sujetos.

Estos hallazgos tienen paralelos en la literatura sobre la depresión (Ingram, 1990; Schwarzer

& Wicklund, 1991). Musson y Alloy (1988) sugirieron, después de revisar una gran cantidad de literatura, que existe una fuerte relación entre la atención autodirigida y las características afectivas, conductuales y cognitivas de la depresión, y que la distracción reduce las consecuencias negativas de ambas. depresión y egocentrismo. Por ejemplo, Miller (1975) revisó una variedad de evidencia que demuestra que la distracción externa conduce a una mejora.

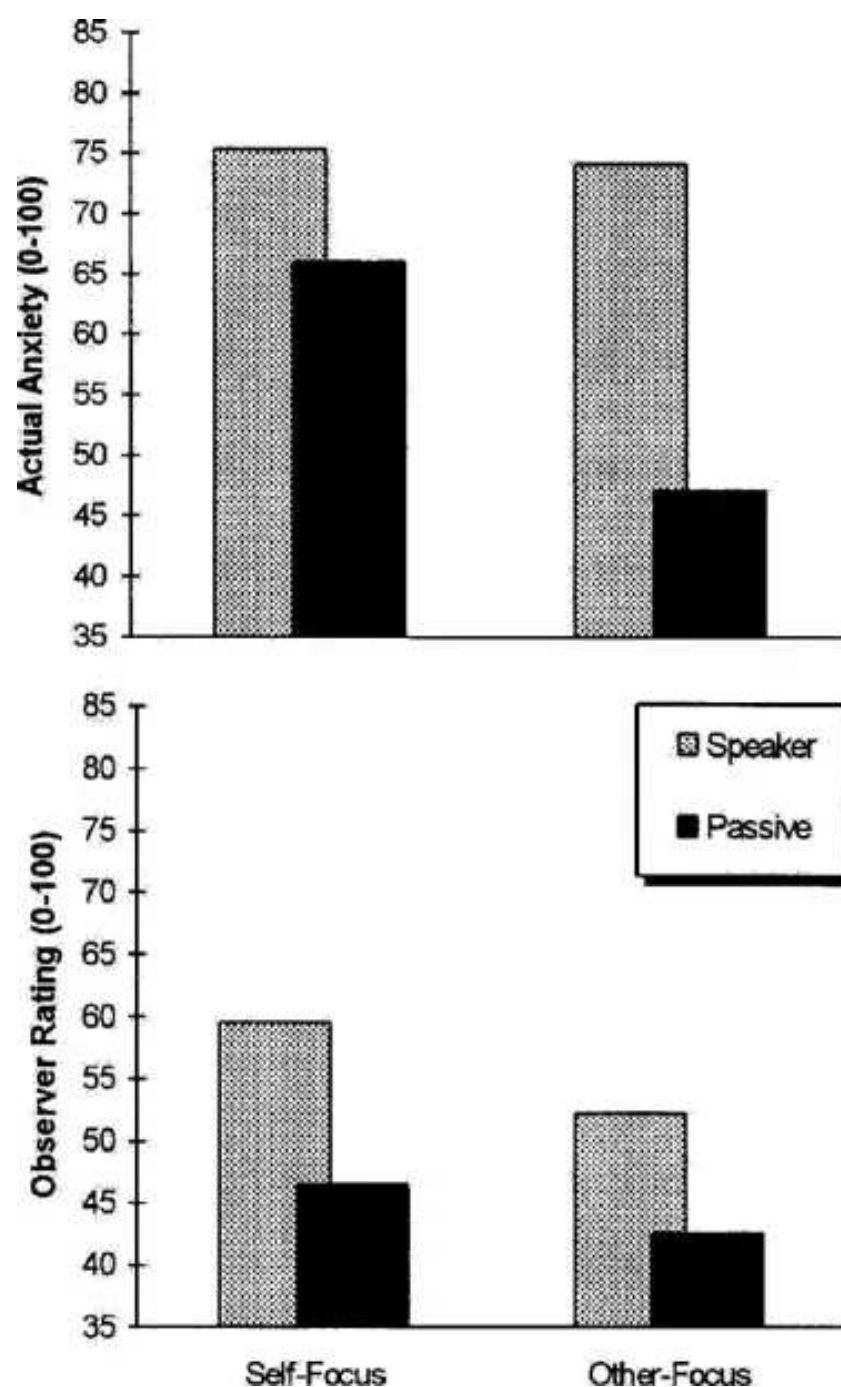


FIGURA 3.6.Atención autocentrada y habla. De “Efectos del Foco de Atención en la Ansiedad Niveles y Desempeño Social de Individuos con Fobia Social” por SR Woody, 1996, *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61–69. Copyright 1996 de la Asociación Americana de Psicología. Reimpreso con permiso.

ment en el desempeño de individuos deprimidos en pruebas de motor y velocidad. Este hallazgo parecía ser paralelo a los efectos de la distracción sobre la excitación en nuestros pacientes sexualmente disfuncionales. Ingram (1990), después de revisar la literatura sobre la atención centrada en uno mismo, amplió la conceptualización de la atención centrada en uno mismo como una vulnerabilidad al aumento de la ansiedad y la depresión.

¿Es patológico un foco de atención externo exagerado?

Los hallazgos revisados anteriormente también sugieren una distinción crucial entre la ansiedad “normal” y la “patológica”. Ante cualquier tipo de actuación, incluyendo la mayoría de los

desafíos que enfrentamos diariamente, una respuesta humana adaptativa incluye preparación física y mental. La esencia de esta respuesta consiste en la excitación y la preparación para hacer frente, que, como se muestra en el Capítulo 1 y anteriores, mejoran el rendimiento.

A veces, esta respuesta se denomina "respuesta de estrés" (consulte el Capítulo 6). Esta es también la "sombra de inteligencia" de Liddell (1949), descrita en el Capítulo 1. Según nuestros datos,

La naturaleza de la aprehensión ansiosa

83

Además de esta tradición experimental, los aumentos preparatorios de la excitación no son en sí mismos patológicos. Lo que es patológico es el cambio asociado en la atención a un enfoque de valencia negativa, autoevaluativo y fuera de la tarea que parece ser una parte integral de la estructura cognitivo-afectiva de la ansiedad. Este enfoque negativo de autoevaluación y la interrupción de la atención son en gran parte responsables de la disminución del rendimiento. Este cambio de atención, a su vez, contribuye a un círculo vicioso de aprensión ansiosa, en el que el aumento de la ansiedad conduce a más cambios de atención, mayores déficits de rendimiento y una espiral subsiguiente de excitación.

Pero, ¿cómo experimentan los individuos no ansiosos la excitación, en particular la excitación que acompaña a los desafíos importantes, como discursos importantes u otros eventos críticos? Los atletas y los artistas profesionales a menudo hablan sobre los "nervios" previos a la actuación y debaten si se trata de "emoción" o "nervios". Los conceptos relacionados con la excitación, como "mariposas en el estómago", a veces se interpretan positivamente como un estado de preparación, pero a menudo se experimentan como desagradables. Pero cuando comienza la actuación o el juego, esta excitación preparatoria

(como sea que se interprete) a menudo se traduce en una acción efectiva, como es el caso de casi todos los atletas y artistas profesionales. Para que esto suceda, la atención debe centrarse total y completamente en la tarea en cuestión. Sin este cambio de atención a los eventos externos, los artistas profesionales serían como nuestros pacientes sexualmente disfuncionales, incapaces de concentrarse y, en última instancia, incapaces de actuar. Otros factores que contribuyen al proceso de aprensión ansiosa se analizan más adelante.

También se destaca la importancia de la atención centrada en sí mismo al considerar las posibles consecuencias de un foco de atención exagerado y exclusivamente externo. Scheier et al. (1983) han realizado algunas observaciones especialmente interesantes a este respecto sobre la asociación entre el foco de atención y el estrés, utilizando como ejemplo el constructo de personalidad Tipo A. Han especulado, con alguna evidencia de apoyo, que un componente importante del constructo de personalidad Tipo A es un foco de atención externo muy fuerte. Estos individuos ejercen control sobre su mundo y los factores estresantes en él concentrándose completamente en la tarea que tienen entre manos. Esto da como resultado una marcada disminución en la cantidad de atención disponible para el enfoque interno y una posterior falta de sensibilidad a los eventos corporales internos (baja sensibilidad a la ansiedad).

Una consecuencia del enfoque atencional es que las personalidades impulsadas y enfocadas externamente buscan asistencia médica con menos frecuencia para problemas físicos reales, incluido el dolor asociado con el infarto de miocardio u otras condiciones físicas relacionadas con el estrés. Estas condiciones serían notadas y atendidas por individuos con mayor facilidad para cambiar a un enfoque interno. Suls y Fletcher (1985b) confirmaron que los individuos con menor autoconciencia se enferman más a menudo, probablemente como resultado de una insensibilidad interna. Esto sugiere que tanto un foco de atención interno

exagerado como uno externo exagerado pueden ser patológicos en ciertas circunstancias. Suls y Fletcher (1985a) han caracterizado estas operaciones como estrategias "evitativas" y "no evitativas" para hacer frente al estrés.

En cualquier caso, se sugiere una diferencia muy interesante y tal vez esencial entre el estrés y los trastornos de ansiedad, una diferencia que ha dejado perplejos a los investigadores clínicos durante años. Es posible que los individuos con algunos trastornos de estrés específicos se caractericen por un foco externo de atención y una percepción de control sobre los eventos del entorno. Por lo tanto, experimentan pocas o ninguna de las cualidades afectivas que acompañan a la autopreocupación ansiosa en relación con las experiencias estresantes. Por otro

lado, los individuos propensos al estrés evidencian fallas físicas basadas en la vulnerabilidad de órganos o sistemas debido a su relativa insensibilidad a los comienzos de los síntomas asociados con estos trastornos físicos.

TRASTORNOS

condiciones. Los pacientes con aprensión ansiosa crónica han aprendido muy pronto a prestar atención a las sensaciones internas en general y se han preocupado por las cualidades afectivas de estas sensaciones. Por lo tanto, para ellos, los acontecimientos normales de la vida evocan una atención centrada en sí mismos y un ciclo de aprensión ansiosa.

Es muy probable que este enfoque de autoevaluación se integre con las proposiciones de respuesta de la ansiedad a medida que pasa el tiempo. Puede que no sea conceptualmente correcto separar el enfoque evaluativo de uno mismo de las representaciones cognitivas de la aprensión ansiosa, como se implica en la figura 3.1, a pesar de la evidencia de que un cambio hacia el enfoque propio sigue inicialmente a la excitación o al afecto. Pero sigo considerándolo por separado aquí, ya que este rasgo particular de la aprensión ansiosa tiene implicaciones para la terapia.

Conclusiones sobre la Atención Centrada en Sí Mismo

Para referirnos una vez más a la Figura 3.1, los resultados resumidos anteriormente sobre la atención centrada en uno mismo sugieren que las señales situacionales asociadas con el afecto negativo dan como resultado un cambio de un foco de atención externo a uno interno dirigido a las sensaciones somáticas, así como a la atención afectiva y del yo. -componentes evaluativos del contexto, lo que da como resultado mayores aumentos en la excitación, y así sucesivamente. El enfoque afectivo y autoevaluativo parece estar más fuertemente implicado en el deterioro del desempeño y mayores aumentos en la excitación y la ansiedad. Sin embargo, como ocurre con la mayoría de los avances científicos, los hallazgos han demostrado ser menos claros de lo que parecían, a la luz de los datos adicionales recopilados en el contexto del estudio de la conciencia interoceptiva.

Conciencia interoceptiva

Un estudio posterior de nuestro trabajo sobre la disfunción sexual pareció contradecir las hipótesis de asignación atencional sobre los efectos nocivos de la atención centrada en uno mismo. Nosotros (Abrahamson, Barlow y Abrahamson, 1989) utilizamos un paradigma de retroalimentación genital desarrollado en nuestro laboratorio para intentar examinar la atención

retroalimentación genital desarrollado en nuestro laboratorio para intentar examinar la atención centrada en uno mismo. Los sujetos masculinos sexualmente disfuncionales y sexualmente funcionales vieron segmentos de películas eróticas durante tres condiciones. Estas condiciones diferían en que un monitor de video adyacente mostraba retroalimentación genital en vivo (obtenida de una cámara de video enfocada en los genitales de los sujetos), una línea recta de longitud variable o ningún estímulo. La condición de retroalimentación requería que cada sujeto calificara el porcentaje de erección completa que tenía en ese momento en función de la retroalimentación, y para indicar si la erección fue suficiente para la relación sexual. Esta fue, en cierto sentido, la última extensión de la manipulación prototípica del "espejo" utilizada en los paradigmas de atención centrada en uno mismo, en los que verse a uno mismo aumenta la concentración en uno mismo (p. ej., Ingram, 1990; Scheier et al., 1983). Durante la condición de distracción neutra, se instruyó al sujeto para que calificara la longitud de la línea como un porcentaje de una línea estándar y para que juzgara si la línea presentada tenía el mismo ancho o era más estrecha que la línea estándar mostrada anteriormente. Esta tarea estaba destinada a controlar la cantidad de "trabajo cognitivo" realizado en la condición de retroalimentación. Ingram, 1990; Scheier et al., 1983). Durante la condición de distracción neutra, se instruyó al sujeto para que calificara la longitud de la línea como un porcentaje de una línea estándar y para que juzgara si la línea presentada tenía el mismo ancho o era más estrecha que la línea estándar mostrada anteriormente. Esta tarea estaba destinada a controlar la cantidad de "trabajo cognitivo" realizado en la condición de retroalimentación. Ingram, 1990; Scheier et al., 1983).

Durante la condición de distracción neutra, se instruyó al sujeto para que calificara la longitud de la línea como un porcentaje de una línea estándar y para que juzgara si la línea presentada tenía el mismo ancho o era más estrecha que la línea estándar mostrada anteriormente. Esta tarea estaba destinada a controlar la cantidad de "trabajo cognitivo" realizado en la condición de retroalimentación.

Los datos, que se muestran en la Figura 3.7, demostraron que la condición de distracción que implicaba la atención centrada en uno mismo (centrarse en los genitales de uno) tenía un efecto marcadamente diferente en los dos grupos, en contraste con una condición de distracción neutral que requería aproximadamente la misma cantidad de atención. del esfuerzo cognitivo. Es decir, la atención centrada en uno mismo produjo los niveles de circunferencia del pene más altos en general para los sujetos sexualmente funcionales. Los sujetos sexualmente disfuncionales, por otro lado, demostraron su nivel más bajo de excitación durante la condición de atención centrada en sí mismos. La distracción neutral tuvo muy poco efecto en cualquiera de los grupos, a diferencia de los resultados del paradigma de distracción discutido anteriormente (ver Figura 3.3), probablemente porque el estímulo de distracción no fue lo suficientemente exigente. As, la inferencia de estos re-

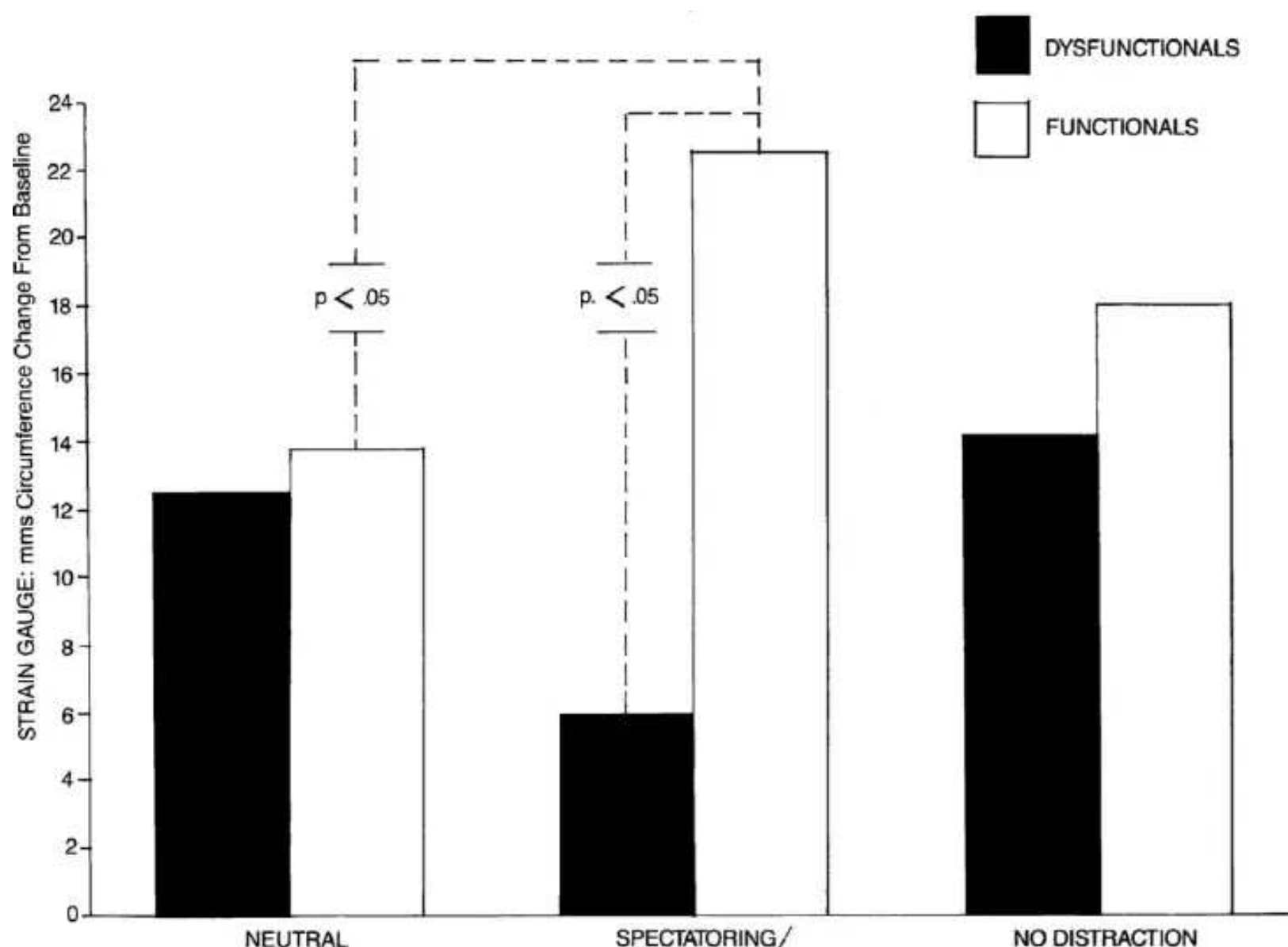


FIGURA 3.7. Cambio máximo promedio de la circunferencia del pene desde el inicio: Grupo $\times$ condición. De “Efectos diferenciales de la demanda de rendimiento y la distracción en hombres sexualmente funcionales y disfuncionales” por DJ Abrahamson, DH Barlow y LS Abrahamson, 1989, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 241–247. Copyright 1989 de la Asociación Americana de Psicología. Reimpreso con permiso.

El resultado es que el proceso de atención centrada en uno mismo parece estar específicamente asociado con la disfunción eréctil, pero los efectos pueden no deberse a una capacidad atencional completamente ocupada asociada con la atención centrada en uno mismo. Sugiero algunas otras posibilidades a continuación.

Estos resultados sobre la atención centrada en uno mismo también contradicen otro conjunto de datos que sugieren que las personas sexualmente disfuncionales no están centrando la atención en sí mismos o internamente. Por ejemplo, en un paradigma utilizado años atrás en nuestro laboratorio, se requería que los sujetos masculinos monitorearan su respuesta eréctil continuamente con una "palanca cognitiva" (p. ej., Wincze, Venditti, Barlow y Mavissakalian, 1980). Los sujetos fueron entrenados para mover esta palanca cognitiva en puntos entre 0 y 100, según sus propias estimaciones de su porcentaje de erección completa. En lugar de centrarse de cerca en su (falta de) respuesta genital a expensas de prestar atención a las señales eróticas externas, un conjunto consistente y sólido de resultados de nuestro laboratorio (p. ej., Sakheim, Barlow, Abrahamson y Beck, 1987) demostró que en los mismos niveles de respuesta eréctil, los sujetos sexualmente disfuncionales subestimaron sus erecciones, mientras que los sujetos funcionales fueron más precisos. Otros estudios también evidenciaron este efecto muy claramente (Abrahamson, Barlow, Sakheim, et al., 1985; Abrahamson et al., 1989). Curiosamente, en el último estudio, los sujetos disfuncionales reportaron característicamente

una menor excitación cuando sus niveles de erección eran más sustanciales; cuando los niveles de erección estaban cerca de 0, funcional sub-

TRASTORNOS

LA ANSIEDAD Y SUS

los sujetos informaron con precisión, pero los sujetos disfuncionales informaron incorrectamente la presencia de alguna respuesta eréctil. De hecho, la correlación entre nuestra medida subjetiva continua y la respuesta genital para sujetos funcionales fue de 0,61, en comparación con solo 0,32 para sujetos disfuncionales (Abrahamson et al., 1989). El hecho de que nuestros sujetos disfuncionales no fueran precisos al juzgar su respuesta eréctil sugirió que, aunque estaban preocupados por su desempeño, estos sujetos no estaban prestando atención a su funcionamiento genital o posiblemente distorsionaban de alguna manera la información de un enfoque de atención en el funcionamiento genital. . Por lo tanto, nos enfrentamos a conjuntos de datos aparentemente contradictorios que sugieren, por un lado, que la atención centrada en uno mismo en el rendimiento eréctil está asociada específicamente con la sexualidad disfuncional, pero que los individuos sexualmente disfuncionales están monitoreando su desempeño con menos precisión. Este dilema sugirió que la atención centrada en uno mismo y la conciencia interoceptiva, aunque con frecuencia se combinan, en realidad pueden representar construcciones bastante diferentes. Abordamos esta noción en

investigaciones posteriores.

atribución errónea

Hace varios años, producimos y replicamos uno de los hallazgos más notables en la historia de nuestro Programa de Investigación de la Sexualidad (Cranston-Cuebas & Barlow, 1995; Cranston-Cuebas, Barlow, Mitchell & Athanasiou, 1993). Para proporcionar algunos antecedentes, en un experimento clásico, Storms y Nisbett (1970) produjeron un efecto placebo

inverso en sujetos con insomnio al proporcionarles píldoras de placebo a la hora de acostarse, describiendo las píldoras como aumentando o disminuyendo la excitación. Sorprendentemente, los sujetos se durmieron más rápido después de recibir la píldora de placebo con instrucciones de que aumentaría la excitación. Por el contrario, los sujetos se durmieron más lentamente después de recibir una píldora que pensaron que disminuiría su excitación. Brockner y Swap (1983) sugirieron que este efecto placebo inverso era más probable que ocurriera en aquellos sujetos que eran más conscientes interoceptivamente, mediante la comparación de sensaciones con la información proporcionada externamente sobre los efectos de la píldora, como se señaló anteriormente. Es decir, los sujetos que se encontraban menos excitados de lo que esperaban se dormían más rápidamente y viceversa. En una réplica de la investigación original de Storms y Nisbett (1970), utilizando medidas adicionales de conciencia corporal privada (Miller, Murphy y Buss, 1981) y autoconciencia privada (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975), esta relación entre una alta conciencia corporal privada y un placebo inverso (Brockner & Swap, 1983). a través de su comparación de sensaciones con la información proporcionada externamente sobre los efectos de la píldora como se señaló anteriormente. Es decir, los sujetos que se encontraban menos excitados de lo que esperaban se dormían más rápidamente y viceversa. En una réplica de la investigación original de Storms y Nisbett (1970), utilizando medidas adicionales de conciencia corporal privada (Miller, Murphy y Buss, 1981) y autoconciencia privada (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975), esta relación entre una alta conciencia corporal privada y un placebo inverso (Brockner & Swap, 1983). a través de su comparación de sensaciones con la información proporcionada externamente sobre los efectos de la píldora como se señaló anteriormente. Es decir, los sujetos que se encontraban menos excitados de lo que esperaban se dormían más rápidamente y viceversa. En una réplica de la investigación original de Storms y Nisbett (1970), utilizando medidas adicionales de conciencia corporal privada (Miller, Murphy y Buss, 1981) y autoconciencia privada (Fenigstein, Scheier y Buss, 1975), esta relación entre una alta conciencia corporal privada y un placebo inverso (Brockner & Swap, 1983).

Adaptamos este paradigma a la investigación con sujetos sexualmente funcionales y disfuncionales (Cranston-Cuebas et al., 1993). En este paradigma, los hombres funcionales y

disfuncionales vieron películas sexualmente explícitas luego de la ingestión de tres píldoras de placebo en un diseño de medidas repetidas. Las píldoras se describieron a los sujetos como una píldora de "mejora" de la erección, una píldora de "detracción" de la erección y una píldora de "placebo". De acuerdo con las predicciones derivadas de una hipótesis de atribución errónea, la respuesta eréctil de los sujetos sexualmente funcionales evidenció un claro efecto placebo inverso. Es decir, la respuesta eréctil en la condición de "detracción" fue significativamente mayor que la respuesta en las condiciones de mejora o placebo. Estas últimas condiciones no diferían significativamente entre sí. Curiosamente, el análisis de las calificaciones subjetivas de excitación no indicó diferencias significativas entre las condiciones. Por lo tanto, estos datos no representan el clásico efecto de atribución errónea para sujetos funcionales, ya que informes previos en la literatura social-psicológica ilustraron cambios en los informes del estado emocional mediante la provisión de etiquetas alternativas para la excitación fisiológica. En

nuestro experimento, se efectuaron cambios en la respuesta fisiológica real a través de una manipulación similar. Por otro lado, los sujetos sexualmente disfuncionales, en lugar de demostrar un efecto placebo inverso, evidenciaron un claro efecto placebo directo. Es decir, los sujetos disfuncionales evidenciaron una respuesta eréctil significativamente menor bajo la detracción estos datos no representan el clásico efecto de atribución errónea para sujetos

funcionales, ya que informes previos en la literatura socio-psicológica ilustraron cambios en los informes del estado emocional mediante la provisión de etiquetas alternativas para la excitación fisiológica. En nuestro experimento, se efectuaron cambios en la respuesta fisiológica real a través de una manipulación similar. Por otro lado, los sujetos sexualmente disfuncionales, en lugar de demostrar un efecto placebo inverso, evidenciaron un claro efecto placebo directo. Es decir, los sujetos disfuncionales evidenciaron una respuesta eréctil significativamente menor bajo la detracción se efectuaron cambios en la respuesta fisiológica real a través de una manipulación similar. Por otro lado, los sujetos sexualmente disfuncionales, en lugar de demostrar un efecto placebo inverso, evidenciaron un claro efecto placebo directo. Es decir, los sujetos disfuncionales evidenciaron una respuesta eréctil significativamente menor bajo la detracción se efectuaron cambios en la respuesta fisiológica real a través de una manipulación similar. Por otro lado, los sujetos sexualmente disfuncionales, en lugar de demostrar un efecto placebo inverso, evidenciaron un claro efecto placebo directo. Es decir, los sujetos disfuncionales evidenciaron una respuesta eréctil significativamente menor bajo la detracción

condición, aunque no hubo diferencias significativas en condiciones de mejora y placebo. Una vez más, los sujetos disfuncionales no evidenciaron efectos en los autoinformes de excitación como resultado de la manipulación de las píldoras.

Así, de acuerdo con la interpretación de Brockner y Swap (1983), nuestros sujetos disfuncionales pueden haber evidenciado un efecto placebo directo como resultado de su relativa inconsciencia de sus sensaciones corporales internas. Esta falta de conciencia interna

habría impedido el descubrimiento de la discrepancia entre la información provista interna y externamente (sobre la cual presumiblemente se basa el efecto placebo inverso). Esto, por supuesto, está de acuerdo con nuestros datos que indican que los hombres disfuncionales son relativamente inconscientes de su respuesta eréctil y proporcionan estimaciones bajas o inexactas de su respuesta eréctil en la palanca cognitiva. Pero parece, a primera vista, contradictorio con la literatura sobre la atención centrada en uno mismo mencionada anteriormente.

Completamos una réplica de estos hallazgos con hombres funcionales (Cranston-Cuebas & Barlow, 1995) en la que, específicamente, 50 hombres sexualmente funcionales vieron tres películas sexualmente explícitas luego de la ingestión de una píldora placebo descrita como una píldora para "mejorar" la erección o una píldora de "detracción" de la erección. La primera condición fue una condición de control que replicó la Cranston-Cuebas et al. (1993), pero utilizó un diseño entre sujetos. La segunda y tercera condiciones (presentadas en orden contrabalanceado) fueron condiciones de tarea de enfoque atencional: "Enfoque erótico"

requería que los sujetos contaran (pulsando un botón) los elementos eróticos específicos que aparecían en la película; El "enfoco no erótico" requería que los sujetos contaran los elementos no eróticos especificados. Los resultados de la primera condición (control) replicaron el efecto placebo inverso observado en Cranston-Cuebas et al. (1993), con una respuesta eréctil significativamente mayor para los sujetos en el grupo de píldoras de detracción que en el grupo de píldoras de mejora. Más importante aún, el estudio de Cranston-Cuebas y Barlow (1995) agregó informes previos al estímulo sobre las expectativas de los sujetos sobre cómo se verían afectados por las píldoras, lo que permitió establecer el comienzo de una relación causal entre la atribución errónea de los sujetos a las píldoras y su patrones de respuesta eréctil. Las expectativas de los sujetos coincidían con la manipulación experimental y no podían explicar los resultados. Estas manipulaciones fueron asistidas por elaborados procedimientos previos al juicio, incluido el análisis de orina "instantánea". Al igual que en la investigación anterior, no hubo efectos de grupos o condiciones sobre los sentimientos de excitación sexual de los sujetos (medidos por la palanca cognitiva) o sus niveles de erección informados. Por lo tanto, nuestra manipulación afectó directamente la respuesta eréctil al pasar por alto la "percepción" de la excitación.

Contrariamente a lo esperado, las tareas de enfoque atencional empleadas no redirigieron el enfoque atencional de los sujetos lo suficiente como para revertir los patrones de respuesta eréctil. Los análisis del cuestionario revelaron que, mientras que los sujetos con una puntuación alta en la Escala de conciencia corporal privada y aquellos que tenían correlaciones de tensión altas entre la galga extensométrica y los resultados de la palanca cognitiva (que reflejan estimaciones precisas de la respuesta eréctil) siguieron el patrón de grupo (es decir, el efecto placebo inverso), aquellos sujetos que obtuvieron una puntuación más alta en un pequeño grupo de ítems que reflejaban un estado más general de afecto negativo con respecto a las preocupaciones corporales (que denominamos "hipocondría") evidenciaron un efecto placebo directo: Los patrones de respuesta eréctil de estos sujetos eran más similares a los de los hombres disfuncionales que a los de los hombres funcionales. Este hallazgo, aunque preliminar en este momento,

Para resumir, puede ser que un proceso atencional afectivo negativo centrado en el funcionamiento somático y otras preocupaciones de autoevaluación, combinado con una tendencia a evitar

TRASTORNOS

la observación directa del propio funcionamiento (falta de conciencia interoceptiva precisa o enfoque interoceptivo), puede caracterizar la psicopatología asociada con la ansiedad y otros trastornos relacionados. En otras palabras, la atención centrada en uno mismo, tal como se refleja en un proceso de preocupación patológico y cargado de afecto, puede ser fundamentalmente una técnica de evitación (Borkovec, 1994a; Brown, Barlow y Liebowitz, 1994; Roemer y Borkovec, 1993) que es ortogonal a la precisión interoceptiva. conciencia o enfoque. En cualquier caso, estos resultados son consistentes con datos más recientes que indican que nuestros pacientes sexualmente disfuncionales puntúan significativamente más bajo en la autoconciencia corporal privada que nuestros pacientes funcionales.

Conciencia interoceptiva en pacientes ansiosos

Hemos comenzado a examinar estos constructos más directamente en pacientes ansiosos. Las observaciones clínicas a lo largo de los años han indicado que los pacientes con trastornos de ansiedad, particularmente el trastorno de pánico, parecen evidenciar una gran conciencia de los estados corporales internos y están constantemente atentos a cualquier cambio somático que pueda indicar el comienzo del próximo ataque de pánico. Por lo tanto, se ha supuesto que los pacientes con ansiedad pueden percibir su estado corporal con mayor precisión que otros sujetos (p. ej., Tyrer, 1973, 1976). Varios estudios han confirmado que los pacientes informan una mayor conciencia de las sensaciones corporales que los controles (p. ej., King, Margraf, Ehlers y Maddock, 1986; Ehlers y Breuer, 1992). Más recientemente, Schmidt, Lerew y Trakowski (1997) construyeron una escala breve, la Escala de Vigilancia Corporal, para medir la tendencia a atender diferencialmente a las sensaciones somáticas, y reportaron que esta tendencia se distribuye normalmente en una muestra no clínica. Además, esta escala discrimina a los pacientes con trastorno de pánico de los pacientes con fobia social cuando se evalúa específicamente la atención a los síntomas de pánico. Schmidt, Lerew y Trakowski (1997) tienen cuidado de distinguir esta hipótesis de "atención aumentada" de una mayor capacidad para percibir con precisión las sensaciones somáticas (precisión interoceptiva).

Ehlers y Breuer (1992, Estudio 2) evaluaron específicamente la "precisión interoceptiva" haciendo que varios pacientes con trastornos de ansiedad, así como sujetos de control normales, estimaran su frecuencia cardíaca. Específicamente, Ehlers y Breuer (1992) compararon 65 pacientes con trastorno de pánico, 50 pacientes con pánico infrecuente que no cumplían los criterios para el trastorno de pánico y 27 pacientes con fobias específicas con 46 sujetos de control normales. En general, los resultados indicaron que los pacientes con trastorno de pánico eran más precisos al percibir los latidos del corazón que los pacientes con fobias específicas, los pacientes con pánico poco frecuente o los sujetos de control. En una réplica relacionada en el mismo informe (Ehlers & Breuer, 1992, Estudio 3), en la que se incluyeron grupos de pacientes con TAG y depresión, los pacientes con trastorno de pánico volvieron a percibir mejor los latidos del corazón que los pacientes con depresión. Pero los pacientes con TAG también fueron más precisos y no se diferenciaron de los pacientes con trastorno de pánico. Estos resultados se han replicado en sujetos normales con puntuaciones altas de sensibilidad a la ansiedad en comparación con sujetos con puntuaciones bajas (Sturges y Goelsch, 1996), y en sujetos con pánico poco frecuente en comparación con sujetos sin pánico (Zoellner y Craske, 1999).

Sin embargo, estos resultados han sido difíciles de replicar en otros entornos clínicos. Nosotros (Antony, Brown, et al., 1995) probamos pacientes con trastorno de pánico, pacientes con fobia social y controles normales, utilizando el mismo paradigma en el que se les pidió a los sujetos que contaran los latidos del corazón. En este experimento, la precisión perceptiva de los grupos se probó no solo en reposo, sino también después de un período de ejercicio

extenuante que consistía en pasos repetidos. Los resultados se presentan en la Figura 3.8. Contrariamente a los resultados de Ehlers y Breuer (1992), los datos de este experimento sugirieron que los pacientes con trastorno de pánico no eran más precisos al contar los latidos del corazón que los pacientes con fobia social o

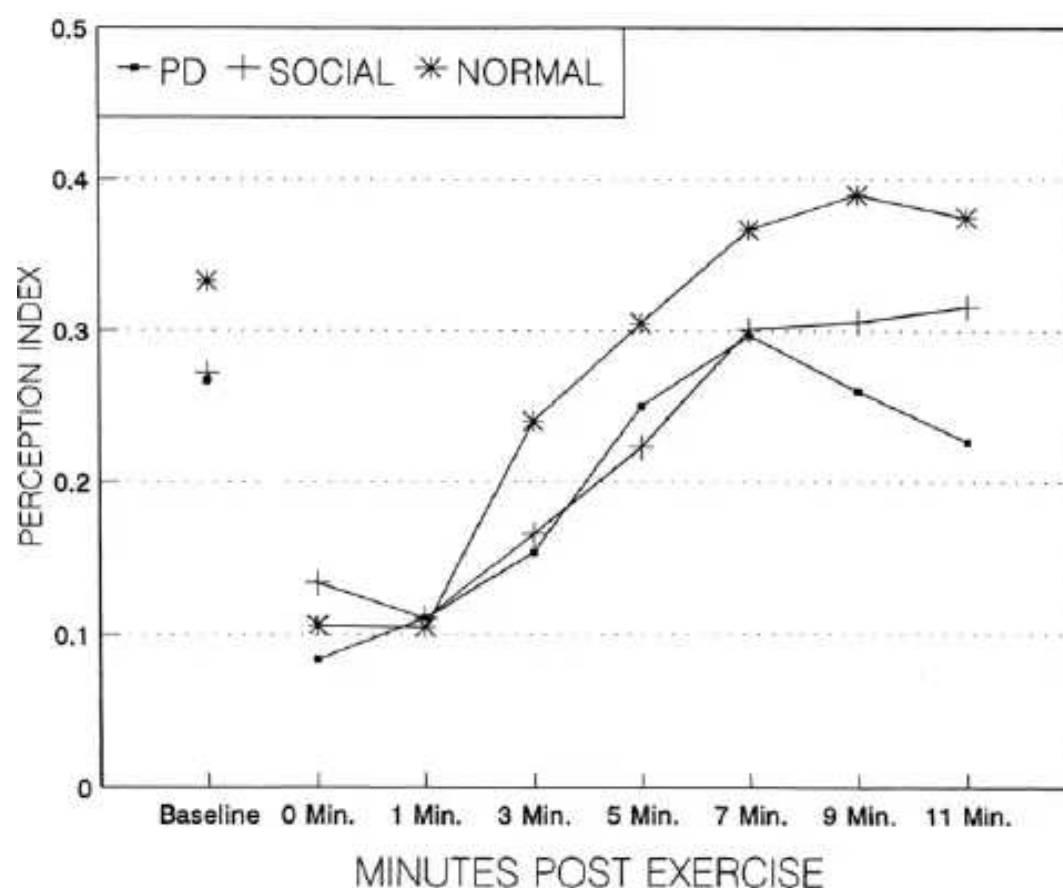


FIGURA 3.8. Precisión de las estimaciones de los latidos del corazón por sujetos con trastorno de pánico (TP), sujetos con fobia social (Social) y controles no ansiosos (Normal): línea de base (promedio entre ensayos) y fase 2 posterior al ejercicio (los valores más bajos indican una mayor precisión). Reimpreso de Anthony, Brown, Craske, Barlow, Mitchell y Meadows (1995), copyright 1995, con permiso de Excerpta Medica Inc.

sujetos no ansiosos, aunque los medios iban en la dirección esperada. Sin embargo, análisis posteriores sugirieron que incluso estos efectos medios eran ilusorios, ya que las diferencias representaban solo el 3% de la varianza. Sin embargo, algunos sujetos se volvieron más precisos a medida que aumentaba la frecuencia cardíaca debido al ejercicio. Además, examinamos los posibles cambios en la conciencia cardíaca en pacientes con trastorno de

pánico luego de un tratamiento cognitivo-conductual exitoso (Antony, Meadows, Brown y Barlow, 1994). A pesar de las reducciones significativas en los ataques de pánico y la sintomatología relacionada, la conciencia cardíaca no cambió en promedio, aunque algunos sujetos individuales mostraron cambios dramáticos en ambas direcciones, lo que reflejaba un gran aumento de la conciencia o una gran disminución de la conciencia. Ehlers y Breuer (1996) reportan un hallazgo similar,

Ehlers y Breuer (1996) proporcionan un resumen reflexivo de los estudios mencionados anteriormente, así como estudios relacionados sobre la monitorización ambulatoria de la frecuencia cardíaca en pacientes con trastornos de ansiedad. Dos conclusiones parecen posibles. Está muy claro que los pacientes con trastornos de ansiedad (y quizás otros trastornos relacionados, como la depresión y los trastornos somatomorfos) muestran una mayor atención centrada en sí mismos a las sensaciones corporales y otros aspectos de su comportamiento, y que esto se acompaña de una autoconcentración afectiva. -Preocupaciones evaluativas. Sin embargo, la evidencia sobre si estos individuos perciben con precisión respuestas somáticas como la frecuencia cardíaca medida objetivamente, es decir, si muestran precisión interocentiva es relativamente débil. Como señalan Ehlers y Breuer (1996) los pacientes con

interoceptiva, es relativamente común. Como señalan Emery y Breuer (1998), los pacientes con pánico poco frecuente no parecen diferir de los controles en la evaluación ambulatoria o de laboratorio de la percepción del latido cardíaco, y los resultados de los pacientes con trastorno de pánico dependen de los paradigmas utilizados. Por ejemplo, durante la monitorización ambulatoria de 24 horas, los informes de elevaciones de la frecuencia cardíaca se relacionan solo débilmente con las elevaciones de la frecuencia cardíaca medidas objetivamente, como se

revisó en el Capítulo 5. En el laboratorio, los resultados positivos están disponibles solo de un parámetro.

TRASTORNOS

digm (un paradigma de seguimiento mental en el que se pide a los sujetos que cuenten los latidos de su corazón en silencio sin tomar el pulso), e incluso entonces los resultados dependen

Anders, midiendo las instrucciones que dio a los sujetos (Ehlers & Breuer, 1996).

Usando procedimientos alternativos como el monitoreo ambulatorio, Barsky, Cleary, Sarnie y Ruskin (1994) en realidad encontraron que los pacientes con trastorno de pánico que informaron palpitaciones eran menos precisos al informar arritmias (según lo detectado por los registros del monitor Holter) que un grupo de pacientes que también reportaron palpitaciones pero sin un historial de trastorno de pánico de por vida. Pauli et al. (1991) también compararon pacientes con trastorno de pánico y sujetos de control durante la monitorización ambulatoria de la frecuencia cardíaca durante 24 horas. Curiosamente, encontraron que los grupos no diferían en su capacidad para detectar eventos cardíacos significativos medidos objetivamente mediante monitoreo ambulatorio, pero que los pacientes con trastorno de pánico se volvieron más ansiosos que los sujetos de control cuando detectaron (acertada o incorrectamente) estos eventos. .2, Rapee (1994b) examinó la posibilidad de que los pacientes detectaran aumentos con mayor precisión debido al aumento de las sensaciones somáticas asociadas con esta tarea. Una vez más, los pacientes con trastorno de pánico no fueron mejores que los controles para detectar niveles elevados de CO₂ durante la tarea, lo que no apoya la noción de una mayor precisión interoceptiva objetiva.

En cualquier caso, con base en los informes bien hechos y bien razonados de Ehlers y sus colegas, aún no está claro que la evaluación objetiva de la precisión interoceptiva durante breves períodos en el laboratorio esté relacionada de manera significativa con el estado de ansiedad. Como señalan Ehlers y Breuer (1996), la capacidad de percibir la frecuencia cardíaca con precisión se distribuye normalmente en la población, y no parece cambiar después de un tratamiento exitoso (como cabría esperar si esta habilidad estuviera inherentemente relacionada con la aprensión ansiosa).). Contrasta esto con los procesos de atención centrados en uno mismo, que parecen responder al tratamiento (p. ej., Hofmann, 2000a; Schmidt, Lerew y

Trakowski, 1997). Siguiendo estas conclusiones, van der Does, Antony, Ehlers,

En conclusión, parece claro, tanto a partir de estudios de pacientes con disfunciones sexuales como de investigaciones sobre pacientes con ansiedad y trastornos relacionados, que estos individuos están hipervigilantes y prestan atención diferencial a las percepciones de la aparición de sensaciones somáticas y otros. preocupaciones de autoevaluación, que resultan en una espiral de excitación y ansiedad creciente. También está claro que estos informes son a menudo percepciones inexactas o errores de percepción de la realidad objetiva. El hecho de que algunos pacientes con trastornos de ansiedad puedan ser algo más precisos al informar la frecuencia cardíaca medida objetivamente en el laboratorio durante breves períodos de tiempo

bajo ciertas condiciones parece un hallazgo contradictorio, pero puede ser un fenómeno sin importancia y sin relación que también es importante. poco fiable, a la espera de más estudios. Sin embargo,

Ilusiones de Control y Vulnerabilidades Psicológicas

El “minimodelo” de funcionamiento sexual (Barlow, 1986) propone que los hombres sexualmente funcionales y disfuncionales ingresan a una situación sexual con expectativas diferenciales para su desempeño: los individuos disfuncionales esperan tener un desempeño deficiente y los individuos funcionales

La naturaleza de la aprehensión ansiosa

91

espera tener un buen desempeño. Los resultados de los experimentos de atribución errónea discutidos anteriormente (Cranston-Cuevas et al., 1993; Cranston-Cuevas & Barlow, 1995) y

otros estudios en nuestra laboratorio, pueden indicar que los sujetos sexualmente funcionales, la manipulación de detracción ("Esta píldora interferirá con la respuesta eréctil") puede verse como la creación de un contexto en el que uno podría predecir que los sujetos formarían expectativas negativas con respecto a su desempeño sexual. Bajo esta condición, sin embargo, los sujetos sexualmente funcionales experimentaron su mayor excitación. Por el contrario, los sujetos sexualmente disfuncionales estaban más excitados bajo la condición de realce. Por lo tanto, proporcionarles expectativas positivas de una fuente externa parecía ayudarlos a despertarse.

Uno de nuestros estudios iniciales encontró que los sujetos sexualmente funcionales pasaron por alto pequeñas disminuciones en su rendimiento y no informaron disminuciones en su excitación fisiológica (Abrahamson, Barlow, Sakheim, et al., 1985; Mitchell et al., 1990). Este hallazgo también se ha interpretado para sugerir que los hombres sexualmente funcionales pueden demostrar una "ilusión de control" (Abrahamson, Barlow, Sakheim, et al., 1985) al ignorar la evidencia que podría respaldar las expectativas negativas de desempeño. Por el contrario, dado que los hombres sexualmente disfuncionales tienden a subestimar su excitación fisiológica (Sakheim et al., 1987), podemos concluir que tales hombres mantienen expectativas negativas de desempeño.

Los hallazgos de otro estudio piloto (Weisberg, Sbrocco y Barlow, 1994) también respaldan la posibilidad de que los individuos funcionales retengan una ilusión de control con respecto al desempeño sexual. Se ha encontrado repetidamente que el uso de la fantasía, o la capacidad de formar representaciones mentales vívidas, es importante para el control voluntario de la excitación sexual (p. ej., Stock y Geer, 1982). Debido a que los sujetos sexualmente disfuncionales han informado sentir que tienen menos control sobre su excitación (Mitchell et al., 1990) y también informan menos uso de la fantasía en situaciones sexuales (Marten &

Barlow, 1991; Weisberg et al., 1994), se exploró la relación entre la capacidad de imaginación, el contenido de la fantasía y la excitación voluntaria (Weisberg et al., 1994). Se pidió a sujetos masculinos sexualmente funcionales que participaran en una fantasía en la que no serían capaces de lograr y mantener una erección, o en una fantasía en la que su desempeño fuera satisfactorio. Sorprendentemente, no hubo diferencias en la excitación entre los grupos de fantasía. Los sujetos sexualmente funcionales a los que se les pidió que crearan una fantasía en

la que experimentaban dificultades sexuales evidenciaron tanta tumescencia del pene y excitación subjetiva como los sujetos a los que se les pidió que participaran en una fantasía en la que no ocurrieron problemas. El examen de las fantasías escritas de sujetos en la condición de fantasía “negativa” reveló que sus fantasías incluían relatos de problemas sexuales, de acuerdo con las instrucciones, pero que estos problemas no eran el foco de las fantasías. En otras palabras,

En un experimento relacionado (Bach, Brown y Barlow, 1999), examinamos los efectos de las bajas expectativas de eficacia para obtener respuestas eréctiles adecuadas sobre la excitación sexual posterior en hombres sexualmente funcionales. Veintiséis hombres fueron asignados al azar a cualquiera de los dos

a grupo de retroalimentación negativa falsa o un grupo sin retroalimentación. Después de ver varias películas eróticas, a los participantes en el grupo de retroalimentación falsa se les dijo que sus respuestas eran menores que las del participante promedio en nuestro laboratorio. El grupo de control no recibió tal retroalimentación. Las instrucciones fueron creíbles para los sujetos, ya que las expectativas de eficacia fueron considerablemente más bajas cuando el grupo de retroalimentación vio una tercera película erótica, al igual que la respuesta fisiológica medida por el medidor de tensión del pene. A pesar de estos efectos sobre la excitación fisiológica, y en contra de las predicciones, la retroalimentación falsa no condujo a una

disminución de la excitación subjetiva ni a un aumento del afecto negativo. Por lo tanto, un enfoque propio en la respuesta inadecuada potencial redujo la excitación sexual fisiológica, en consonancia con

el modelo de la figura 3.2. Pero el hecho de que esta condición de retroalimentación falsa no se asociara con cambios en la excitación subjetiva, autoestima de la excitación o afecto negativo sugiere una vez más que los hombres sexualmente funcionales pueden tener una mentalidad de ilusión de control. Es decir, al ignorar o descartar disminuciones ocasionales en la respuesta eréctil, los hombres funcionales pueden mantener la ilusión de control sobre su respuesta y, por lo tanto, protegerse de las dificultades posteriores.

En general, parece que los hombres sexualmente funcionales mantienen expectativas positivas de desempeño, a pesar de los intentos experimentales de manipular esto (Cranston-Cuevas et al., 1993; Cranston-Cuevas & Barlow, 1995; Weisberg et al., 1994) y a pesar de la fisioterapia. evidencia lógica de que su desempeño ha disminuido (Abrahamson, Barlow, Sakheim, et al., 1985; Mitchell et al., 1990). Por el contrario, los hombres sexualmente disfuncionales subestiman sus erecciones (Sakheim et al., 1987), manteniendo expectativas negativas de su rendimiento, excepto cuando cuentan con fuentes externas de confianza (Cranston-Cuevas et al., 1993).

Estos hallazgos tienen paralelos en la investigación socio-psicológica, donde los hallazgos de una variedad de estudios sugieren que las personas a menudo evitan el conocimiento preciso sobre sí mismos y, a menudo, mantendrán un conocimiento inexacto si la verdad es amenazante de alguna manera (Gibbons, 1991; Thompson, Armstrong y Thomas, 1998; Thompson, 1999). En un estudio inicial, Sakheim y Gur (1979) informaron que responder "no" a preguntas que deberían ser universalmente ciertas, como "¿Alguna vez has dudado de tu adecuación sexual?" o "¿Alguna vez has pensado que tus padres te odiaban?", se correlacionó negativamente con la depresión y el neuroticismo. En otras palabras, este "autoengaño" puede ser una característica

de la salud mental. En un experimento clásico, Alloy y Abramson (1979) encontraron que las personas con estado de ánimo deprimido, incluso si este estado de ánimo se indujo experimentalmente en el laboratorio, demostraron una evaluación más realista de su capacidad para controlar un resultado que los individuos con un estado de ánimo normal que evidenciaron una evaluación poco realista o ilusión de control. En un estudio con resultados similares a los de Weisberg et al. (1994) y Bach et al. (1999) descritos anteriormente, Alloy y Clements (1992) encontraron que los sujetos que mostraban una mayor ilusión de control en una tarea de laboratorio experimentaban un estado de ánimo menos negativo después de fallar en la tarea, pero también tenían menos probabilidades de deprimirse meses más tarde después de experimentar negativamente. eventos de la vida que sujetos con menos ilusión de control. Taylor y Brown (1988, 1994) y Taylor, Kemeny, Reed, Bower,

Dado que parece claro que los individuos sexualmente funcionales sin problemas mantienen una ilusión de control cuando se enfrentan a dificultades y fracasos ocasionales, lo que cumple una función protectora, es tentador concluir que los pacientes clínicos carecen de alguna manera de esta ilusión de control, y que este déficit es anterior la aparición de cualquier dificultad. Esta formulación sería, por supuesto, consistente con un modelo de etiología de diátesis-estrés, y está respaldada por otra evidencia que se revisará en los Capítulos 7 y 8. Sin embargo, no se puede sacar una conclusión en este punto, ya que ninguno de los los estudios informados anteriormente evaluaron a pacientes sexualmente disfuncionales antes del inicio de sus dificultades. Por lo tanto, podría ser que el sólido conjunto de hallazgos en nuestros pacientes clínicamente ansiosos, incluidas las expectativas negativas de desempeño, un enfoque propio en los componentes evaluativos negativos de su respuesta y observaciones inexactas de su respuesta: todas pueden haber sido consecuencias del desarrollo de un trastorno clínicamente significativo. Pero el peso de la evidencia revisada más adelante sugiere lo contrario. Es decir,

la red de evidencia en desarrollo apunta a la existencia de una vulnerabilidad psicológica anterior a los comienzos de un trastorno clínicamente significativo específico.

problema. Algunas pruebas tentadoras en apoyo de esta sugerencia ahora han surgido de nuestra investigación.

En un estudio de seguimiento al de Bach et al. (1999) que empleó un paradigma similar, las atribuciones de la falla eréctil percibida fueron manipuladas siguiendo una condición de retroalimentación falsa similar (Weisberg et al., 2001). Específicamente, 52 hombres jóvenes con un funcionamiento sexual normal vieron películas similares sexualmente explícitas mientras usaban un medidor de tensión del pene. Una vez más, a todos los hombres se les dijo que no estaban tan excitados como el típico participante del estudio, pero luego se les dio una atribución fluctuante externa (es decir, "Las películas deben haber sido de muy mala calidad") o una interna. , atribución constante (es decir, "Parece, según los cuestionarios que completó, que tal vez tiene un tipo de creencia sobre el sexo que a veces hace que sea difícil excitarse aquí en nuestro laboratorio") como la causa de su bajo rendimiento eréctil.

Los resultados indicaron que los sujetos que recibieron la atribución fluctuante externa mostraron una mayor excitación sexual fisiológica y subjetiva durante una tercera película que los participantes que recibieron la atribución constante interna. Además, el afecto negativo y las

percepciones del control de la erección influyeron negativamente en la excitación sexual durante la tercera película. Estos resultados sugieren que después de una ocasión de dificultad eréctil, la causa a la que se atribuye la dificultad, el grado de afecto negativo experimentado y el grado de control eréctil percibido parecen influir en el funcionamiento sexual futuro. Por lo tanto, los resultados sugieren que en el contexto del afecto negativo y un control percibido algo más bajo, la manipulación directa de las atribuciones puede disminuir hasta cierto punto la ilusión de control que existe en individuos por lo demás funcionales.

Estos hallazgos del Programa de Investigación de la Sexualidad han alterado y ampliado parte de mi pensamiento contribuyendo al modelo de aprensión ansiosa presentado en la Figura 3.1. Ahora me centro menos en la asignación atencional dentro de un modelo general de capacidad atencional y más en los antecedentes, componentes y consecuencias de una sensación de incontrolabilidad con la que uno anticipa eventos futuros. Es decir, uno podría interpretar fácilmente las expectativas negativas aparentemente presentes en nuestras poblaciones de pacientes como un reflejo de esta profunda sensación de falta de control sobre las situaciones y respuestas futuras. En el caso de nuestros pacientes sexualmente disfuncionales, esta sensación de incontrolabilidad e imprevisibilidad se centra en la respuesta eréctil; en el caso de pacientes con trastorno de pánico, se centra en el siguiente ataque de pánico impredecible (ver Capítulo 10); etcétera. Una discusión en profundidad de la investigación programática sobre la naturaleza y el desarrollo de un sentido de controlabilidad, y la relación de estos hallazgos con el desarrollo de la ansiedad, constituye la mejor parte del Capítulo 8.

Además, como se señaló en la primera edición de este libro (Barlow, 1988) y posteriores, puede que no sea conceptualmente correcto separar el enfoque evaluativo o la autopreocupación de las representaciones cognitivas y emocionales de la ansiedad (como se muestra en la figura 3.1). Sin embargo, parece claro que la preocupación por uno mismo cargada de afecto sirve para aumentar aún más la intensidad de la aprensión ansiosa y la excitación asociada con ella. Por supuesto, es probable que esta atención centrada en uno mismo se integre mucho con la ansiedad con el tiempo a medida que la ansiedad se vuelve crónica. Es decir, la excitación y la ansiedad inexplicables pueden desencadenar inicialmente un cambio hacia la atención centrada en uno mismo en individuos vulnerables, pero finalmente la atención centrada en uno mismo se convierte en una parte integral del núcleo de la ansiedad. Por lo tanto, las personas atrapadas en la incontrolabilidad de los próximos eventos negativos están atrapadas en un ciclo interminable de enfoque autoevaluativo o "autopreocupación

neurótica". A pesar de la aparente interrelación de las representaciones cognitivas y emocionales de la aprensión ansiosa, representada por un

TRASTORNOS

sensación de incontrolabilidad y un enfoque autoevaluativo negativo, sigue siendo útil resaltar y articular la atención centrada en uno mismo en cualquier modelo de ansiedad, ya que este componente particular de la aprehensión ansiosa tiene implicaciones para la terapia (Barlow, 1991a).

Hipervigilancia y sesgo cognitivo

Cuando se publicó la primera edición de este libro (Barlow, 1988), los paradigmas de la ciencia cognitiva recién comenzaban a aplicarse al procesamiento de la información en la ansiedad y sus trastornos (p. ej., MacLeod, Matthews y Tata, 1986). Tradicionalmente, los atributos del procesamiento cognitivo asociados con la ansiedad se han subsumido bajo el paraguas de una hipervigilancia generalizada de los estímulos relacionados con la amenaza, donde la atención se estrecha y se centra estrictamente en las posibles fuentes de amenaza. Un fenómeno observado en numerosos experimentos con diferentes propósitos y metodologías durante los últimos 40 años implica lo que se ha denominado “estrechamiento de la atención” durante la activación emocional. Easterbrook (1959) fue uno de los primeros en describir este proceso. Sugirió que el estrechamiento de la atención es una preocupación por el material congruente con el estado de ánimo durante la reactividad emocional que varía en función de la intensidad de la emoción: cuanto más intensa es la emoción, más estrecha es la atención. Específicamente, el número de señales utilizadas disminuye a medida que aumenta la intensidad emocional. Uno se preocupa por las señales centrales congruentes con el estado de ánimo a medida que aumenta la intensidad del estado de ánimo, a expensas de la atención simultánea a los estímulos externos. Los estímulos relevantes para la emoción se vuelven más destacados, mientras que los estímulos irrelevantes o incongruentes con el estado de ánimo reciben cada vez menos atención. Uno se preocupa por las señales centrales congruentes con el estado de ánimo a medida que aumenta la intensidad del estado de ánimo, a expensas de la atención simultánea a los estímulos externos. Los estímulos relevantes para la emoción se vuelven más destacados, mientras que los estímulos irrelevantes o incongruentes con el estado de ánimo reciben cada vez menos atención. Uno se preocupa por las señales centrales congruentes con el estado de ánimo a medida que aumenta la intensidad del estado de ánimo, a expensas de la atención simultánea a los estímulos externos. Los estímulos relevantes para la emoción se vuelven más destacados, mientras que los estímulos irrelevantes o incongruentes con el estado de ánimo reciben cada vez menos atención.

Este fenómeno se verificó en una serie de experimentos anteriores (p. ej., Callaway & Stone, 1960; McNamara & Fisch, 1964). Algunos investigadores sugirieron que la restricción extrema de señales da como resultado una menor eficacia de procesamiento y un rendimiento deficiente. Por ejemplo, Korchin (1964) sugirió que en los niveles más intensos de excitación, la atención se caracteriza por la distracción y el desorden. Es decir, dado que el individuo pierde la perspectiva más amplia, es incapaz de responder de forma adaptativa. Esto parece similar y puede explicar la ley de Yerkes-Dodson (Yerkes & Dodson, 1908), donde el rendimiento se relaciona con la excitación en una función en forma de U invertida. De acuerdo con esta ley, el rendimiento inicialmente aumenta y luego disminuye a medida que la excitación alcanza niveles máximos. Por lo tanto, el estrechamiento de la atención y sus consecuencias pueden explicar la ley de Yerkes-Dodson.

La investigación en la década de 1980 comenzó a dilucidar un sesgo en las personas con ansiedad para detectar, percibir y procesar de manera diferencial las señales relacionadas con la ansiedad (Burgess et al, 1981; Parkinson

& Rachman, 1981c; MacLeod et al., 1986). Esta línea de investigación recibió un ímpetu sustancial del influyente trabajo de Aaron T. Beck (p. ej., Beck & Emery con Greenberg, 1985). Beck teorizó sobre la existencia de un esquema cognitivo hipervalente en el que la realidad suele interpretarse o procesarse como amenazante o peligrosa; este esquema actúa como una fuente de vulnerabilidad similar a un rasgo para el desarrollo de la ansiedad y sus trastornos. Beck señaló al principio que estas valoraciones no necesitan ser "conscientes" o

"racionales". Por lo tanto, gran parte de la investigación en los últimos años se ha centrado en (1) caracterizar las manifestaciones cognitivas de la hipervigilancia y (2) determinar si este procesamiento sesgado de la información es anterior al desarrollo de trastornos clínicos.

En la última década, los científicos cognitivos han explorado estos procesos con más detalle, utilizando una variedad de ingeniosos paradigmas experimentales. Los datos de estos paradigmas han comenzado a sugerir que los sesgos que reflejan la aprehensión ansiosa ocurren tanto explícita como implícitamente (fuera de la conciencia) en las personas que experimentan ansiedad (Eysenck, 1992; Mathews, 1997; Mathews & MacLeod, 1994). McNally (1996, 1999) subdivide el sesgo cognitivo relevante para

la experiencia de la ansiedad en cuatro categorías distintivas: sesgo de agudeza interoceptiva, sesgo de atención, sesgo de memoria y sesgo interpretativo. Habiendo considerado anteriormente los fenómenos de agudeza interoceptiva, ahora me centro en las últimas categorías.

Sesgo atencional

Los datos de nuestros propios experimentos sobre la dirección y la capacidad atencionales en el contexto de individuos sexualmente funcionales y disfuncionales se han descrito anteriormente. Para resumir brevemente, parece que los individuos sexualmente disfuncionales están hipervigilantes y prestan atención diferencial a las percepciones de la ocurrencia de sensaciones corporales y otras preocupaciones de autoevaluación. Los experimentos que prueban más directamente la noción de que las personas con ansiedad atienden selectivamente a la información potencialmente amenazante provienen de varios paradigmas ingeniosos, todos los cuales amplían el trabajo inicial sobre el estrechamiento de la atención.

En el paradigma de escucha dicótica descrito anteriormente (p. ej., Abrahamson, Barlow, Sakheim, et al., 1985), las palabras que representan áreas de amenaza, peligro o preocupación se presentan en un oído (quizás incrustadas en música u otros mensajes), mientras que la información que distrae y que se le pide al individuo que recuerde se presenta en el otro oído. Una serie de experimentos ha demostrado que los pacientes con ansiedad son más capaces de detectar palabras idiosincrásicas relacionadas con la ansiedad que los controles no ansiosos (p. ej., Foa y McNally, 1986; Mathews y MacLeod, 1986). MacLeod (1991), sin embargo, ha criticado los métodos de escucha dicótica como quizás una prueba no específica de sesgo atencional que descarta otras hipótesis en competencia. Estos incluirían la tendencia a responder más a menudo con respuestas relacionadas con la ansiedad cuando se les presenta una tarea ambigua.

En quizás el paradigma cognitivo más popular, la "prueba de Stroop" (Williams, Mathews, & MacLeod, 1996), se pide a los participantes que nombren el color de la tinta en la que está impresa una palabra mientras intentan ignorar la palabra en sí. En estudios de personas con ansiedad, tanto las palabras que provocan ansiedad como las neutrales se presentan de manera secuencial durante un breve período de tiempo en diferentes colores. Si los individuos tardan más en nombrar el color de una palabra relevante para la ansiedad, la noción es que están atendiendo selectivamente al contenido de la palabra, lo que retrasa su capacidad para describir su color con precisión. Por ejemplo, Chen, Lewin y Craske (1996) examinaron la interferencia de Stroop para individuos con miedo a las arañas, tanto mientras los individuos estaban en reposo como en una situación estresante en la que anticipaban acercarse a una araña. En ambas condiciones,

En general, este paradigma ha medido con éxito la asignación diferencial de atención a palabras específicas de amenaza en una variedad de trastornos de ansiedad, como palabras relacionadas con violación en el trastorno de estrés postraumático inducido por violación (Foa, Feske, Murdock, Kozak y McCarthy). , 1991). De manera similar, los individuos con ansiedad social responden de manera diferente a las palabras que reflejan la evaluación y otros aspectos de la ansiedad social, en comparación con los sujetos de control (Mattia, Heimberg y Hope, 1993; McNeil, Ries, Taylor, et al., 1995). Con unas pocas excepciones, los pacientes con trastorno de pánico parecen responder de manera diferente a las palabras que representan sensaciones corporales potencialmente peligrosas o la posibilidad de sufrir un ataque al corazón, un colapso o similares, en comparación con las personas sin trastorno de pánico (p. ej., esperanza, violación, Heimberg, y Dombeck, 1990; Ehlers, Margraf, Davies y Roth, 1988). Otros estudios han demostrado esta especificidad para GAD (Mogg, Bradley, Williams y Mathews, 1993). En una variación particularmente interesante, algunos investigadores han

"enmascarado" palabras en la tarea de Stroop (es decir, las palabras se presentan durante un tiempo demasiado corto para ser percibidas conscientemente), pero siguen encontrando el mismo tipo de respuesta que refleja un cambio cognitivo. sesgo por palabras relacionadas con amenazas (p. ej., Bradley, Mogg,

TRASTORNOS

Millar y White, 1995; van den Hout, Tenney, Huygens y de Jong, 1997). Sin embargo, algunos han criticado la prueba de Stroop por reflejar la emotividad en general en lugar del sesgo de atención específico de la amenaza. Por ejemplo, las palabras positivas a veces pueden provocar el mismo tipo de interferencia que las palabras negativas (McNally, 1996), aunque no todos los estudios han informado de este hallazgo (Maidenberg, Chen, Craske, Bohn y Bystritsky, 1996). Otros estudios han informado de la falta de especificidad ocasional de la tarea de Stroop con pacientes ansiosos, que tienden a responder con interferencia a una variedad de estímulos emocionalmente amenazantes (Craske, 1999).

El paradigma final utilizado con cierta frecuencia es la "tarea de detección de sonda de puntos". En este paradigma, a los individuos se les presentan pares de palabras, generalmente en una pantalla de computadora, y se les indica que lean en voz alta la palabra superior de cada par. De vez en cuando, una de las palabras será amenazante. A los sujetos (generalmente) se les indica que presionen un botón cada vez que vean un punto que reemplaza una de las palabras en la pantalla. La noción aquí es que los sujetos ansiosos mostrarán atención selectiva presionando el botón más rápidamente cuando el punto reemplaza una palabra de amenaza en comparación con una palabra neutral.

Este paradigma ha sido utilizado con éxito por Asmundson, Sandler, Wilson y Walker (1992), y McNally, Hornig, Otto y Pollack (1997) con pacientes con trastorno de pánico. Los procedimientos de detección de sonda de puntos también han producido hallazgos relevantes en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (Tata, Leibowitz, Prunty, Cameron y Pickering, 1996). Este paradigma ha producido resultados similares con palabras de amenaza, presentadas justo en el nivel de conciencia o por debajo de este, lo que sugiere que estos sesgos atencionales son preconscientes (Mogg et al., 1993). Sin embargo, como ocurre con todos los paradigmas cognitivos, estos resultados a veces son difíciles de replicar (Asmundson & Stein, 1994–1995; McNally, 1999).

En general, la evidencia acumulada de las últimas dos décadas apoya la existencia de un sesgo atencional e hipervigilancia hacia señales amenazantes en individuos ansiosos que usan una variedad de paradigmas. Pero los parámetros de este sesgo atencional aún no se han resuelto por completo, y no se han descartado explicaciones alternativas que podrían explicar algunos de estos sentimientos.

Sesgo de memoria

En la primera edición de este libro, describí los comienzos de una importante línea de investigación que sugiere que las habilidades de los sujetos para recuperar información importante de la memoria a menudo se facilitan si su estado de ánimo actual es congruente con su estado de ánimo en el momento en que se codificó originalmente la información (Bower, 1981; Gilligan & Bower, 1984; Teasdale, 1983). Aunque la investigación posterior no ha respaldado este modelo en particular (Mathews & MacLeod, 1994), el trabajo de Bower con la depresión en esta área contribuyó en gran medida a generar más enfoques científicos cognitivos sobre la interacción de la cognición y la emoción. Sin embargo, en el momento de la primera edición, los estudios en esta área no habían podido demostrar el sesgo de memoria en pacientes clínicamente ansiosos (p. ej., Mogg, Mathews y Weinman, 1987).

Desde entonces, una serie de estudios han intentado dilucidar la naturaleza de los sesgos de memoria en personas con ansiedad demostrable. En general, los estudios en esta área examinan los sesgos de "memoria explícita" o los sesgos de "memoria implícita". La memoria

explícita, por supuesto, se refiere a la recuperación de información de la que el sujeto es plenamente consciente. La noción aquí es que los pacientes con trastornos de ansiedad informan una preocupación continua por temas relacionados con la ansiedad y el peligro, incluso en ausencia de "desencadenantes" objetivos de algún tipo. Esto implica que la memoria

de las cogniciones amenazantes es muy accesible en estos pacientes y es fácilmente incitada o "preparada" por cualquier número de señales internas o externas. Las pruebas de memoria explícita implican un intento activo de recuperar esta información, generalmente mediante el recuerdo o el reconocimiento, pero los resultados han sido decididamente mixtos.

(1994), presentaron pares de palabras a pacientes con trastorno de pánico y varios grupos de control. Los pares de palabras eran tales que una o ambas palabras de cada par eran amenazantes, positivas o neutras. Se pidió a los sujetos que leyeran en voz alta los pares de palabras y que prestaran atención al grado en que se relacionaban. Más tarde, cuando se les pidió que recordaran estas palabras, los pacientes con trastorno de pánico recordaron más palabras relacionadas con amenazas en comparación con los grupos de control. Sin embargo, la mayoría de los estudios no han podido encontrar una memoria mejorada para la información relacionada con la ansiedad, a pesar de elegantes manipulaciones experimentales (Cloitre, Cancienne, Heimberg, Holt y Liebowitz, 1995; Rapee, 1994a; MacLeod y McLaughlin, 1995; Mogg, Gardner, Stavrou y Golombok, 1992).

De hecho, la evidencia más favorable que respalda la existencia del sesgo de memoria se encuentra en las pruebas de memoria implícita. La memoria implícita generalmente se mide por los cambios en el desempeño como resultado de la exposición previa a la información, independientemente de la conciencia del individuo sobre esta información. Así Pauli et al. (1997) examinaron la capacidad de 15 pacientes con trastorno de pánico para identificar en un momento posterior palabras que representan sensaciones o condiciones corporales amenazantes

(en comparación con palabras no somáticas no amenazantes) presentadas muy rápidamente en un taquíscopio. Estos resultados se compararon con los de 15 sujetos de control sanos. La velocidad de presentación se fijó en el umbral con el que cada sujeto podía identificar correctamente el 50% de las palabras neutras. Los resultados indicaron que los pacientes con trastorno de pánico identificaron más palabras somáticas amenazantes que palabras neutras. Además, estas palabras evocaron significativamente más respuestas corticales potenciales cerebrales relacionadas con eventos, lo que sugiere que estas palabras no solo se procesaron selectivamente, sino que tenían una mayor valencia afectiva que las palabras neutras. Sin embargo, varios estudios no han podido producir memoria implícita diferencial en pacientes con trastornos de ansiedad (p. ej., Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft y Rodney, 1994) ni en sujetos sin ansiedad clínica (Nugent y Mineka, 1994). Por lo tanto, la evidencia sugiere que pueden existir sesgos de memoria, particularmente sesgos implícitos; sin embargo, los resultados son esquivos y relativamente débiles cuando están presentes. pero llevaba mayor valencia afectiva que las palabras neutras. Sin embargo, varios estudios no han podido producir memoria implícita diferencial en pacientes con trastornos de ansiedad (p. ej., Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft y Rodney, 1994) ni en sujetos sin ansiedad clínica (Nugent y Mineka, 1994). Por lo tanto, la evidencia sugiere que pueden existir sesgos de memoria, particularmente sesgos implícitos; sin embargo, los resultados son esquivos y relativamente débiles cuando están presentes. pero llevaba mayor valencia afectiva que las palabras neutras. Sin embargo, varios estudios no han podido producir memoria implícita diferencial en pacientes con trastornos de ansiedad (p. ej., Rapee, McCallum, Melville, Ravenscroft y Rodney, 1994) ni en sujetos sin ansiedad clínica (Nugent y Mineka, 1994). Por lo tanto, la evidencia sugiere que pueden existir sesgos de memoria, particularmente sesgos implícitos; sin

embargo, los resultados son esquivos y relativamente débiles cuando están presentes.

Sesgo interpretativo

Quizás el paradigma más interesante para examinar el sesgo cognitivo examina la tendencia de los pacientes con trastornos de ansiedad a interpretar material ambiguo como amenazante. Aquí la evidencia que apoya la existencia de sesgo cognitivo es algo más fuerte que para las distorsiones de la memoria. Clark et al. (1997) utilizaron un método bien investigado descrito por Butler y Mathews (1983) para evaluar el sesgo interpretativo, en el que a los sujetos se les presentan escenarios ambiguos escritos que podrían interpretarse como amenazantes o no amenazantes. Por ejemplo, los pacientes con trastorno de pánico pueden leer un escenario en el que han realizado una serie de actividades rutinarias, algunas de las cuales implican un esfuerzo

leve, y notar que su corazón late más rápido. Después de leer el escenario, se pide a los sujetos que juzguen rápidamente las posibles razones del aumento de la frecuencia cardíaca. Aunque la mayoría de los sujetos pueden pensar que los efectos serían el resultado del esfuerzo físico, los pacientes con trastorno de pánico pueden pensar en tener un ataque al corazón o algo similar. En la ansiedad social, el escenario puede ser que alguien que pronuncia un discurso se dé cuenta de que cuatro personas se están quedando dormidas entre la audiencia. La mayoría de las personas pueden suponer que estas personas están cansadas y probablemente no deberían haber asistido a la charla. Un individuo socialmente ansioso interpretará la misma situación como un reflejo de una evaluación negativa de su discurso. el escenario puede ser que alguien que pronuncia un discurso se dé cuenta de que cuatro personas se están quedando dormidas entre la audiencia. La mayoría de las personas pueden suponer que estas personas están cansadas y probablemente no deberían haber asistido a la charla. Un individuo socialmente ansioso interpretará la misma situación como un reflejo de una evaluación negativa de su discurso. el escenario puede ser que alguien que pronuncia un discurso se dé cuenta de que cuatro personas se están quedando dormidas entre la audiencia. La mayoría de las personas pueden suponer que estas personas están cansadas y probablemente no deberían haber asistido a la charla. Un individuo socialmente ansioso interpretará la misma situación como un reflejo de una evaluación negativa de su discurso.

Utilizando este paradigma, Clark et al. (1997) encontraron que los pacientes con trastorno de pánico eran particularmente propensos a interpretar situaciones ambiguas en las que notaban un aumento repentino en algún aspecto de su funcionamiento físico (frecuencia respiratoria o frecuencia cardíaca) como amenaza, en comparación con pacientes con otros trastornos de ansiedad. Otros estudios que utilizan pro-

TRASTORNOS

han encontrado el mismo patrón general de resultados (McNally y Foa, 1987; Kamieniecki, Wade y Tsouros, 1997). Además, este sesgo interpretativo parece específico del foco de ansiedad en pacientes que presentan trastornos de ansiedad, al menos en algunos estudios. Por ejemplo, en Clark et al. (1997), los pacientes con trastorno de pánico interpretaron solo las sensaciones físicas que ocurren de manera ambigua como amenazantes, y no otros escenarios de amenazas ambiguas más generales. Otros estudios han encontrado sesgos similares en pacientes con TAG en comparación con sujetos de control normales (Eysenck, Mogg, May, Richards y Mathews, 1991; Butler y Mathews, 1983), y para personas con fobia social (Wells y Clark, 1997).

Finalmente, Chan y Lovibond (1996) utilizaron un paradigma algo diferente para evaluar un sesgo cognitivo interpretativo similar. Evaluaron a estudiantes universitarios con diferentes niveles de ansiedad rasgo durante un experimento en el que a los sujetos se les presentaron dos tipos de estímulos: un ruido y el mismo ruido combinado con imágenes de flores. El ruido solo

siempre fue seguido por una descarga, mientras que el estímulo de ruido y flores nunca fue seguido por una descarga. Sin embargo, los individuos con un alto rasgo de ansiedad esperaban un shock una proporción significativamente mayor del tiempo cuando se les presentaba la combinación de ruido y flores, en comparación con los individuos con menos ansiedad; por lo tanto, mostraron una tendencia a "interpretar" este estímulo ambiguo como más amenazador.

Conclusiones sobre el sesgo cognitivo

La suma de la evidencia sugiere que el sesgo cognitivo que refleja la hipervigilancia existe claramente en pacientes con trastornos de ansiedad y en otras personas que obtienen puntajes altos en varias medidas de ansiedad. Los datos sugieren que los sesgos de atención e interpretación que reflejan la detección inmediata de peligros y amenazas potenciales son más fuertes que los sesgos de memoria, en particular el sesgo de memoria explícita, que implica recuperar activamente material amenazante de la memoria. De hecho, Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988) sugirieron en un libro influyente que el recuerdo explícito de señales amenazantes en realidad puede evitarse en individuos con mucha ansiedad, sugiriendo un proceso que se conoce como "buscar evitar". En otras palabras, las personas con ansiedad

un proceso que se conoce como "buscar evitar". En otras palabras, las personas con ansiedad son mucho mejores que las personas no ansiosas para detectar estímulos amenazantes, pero luego movilizar sus recursos para evitar los estímulos en la medida de lo posible. Esto incluye evitar las representaciones de los estímulos amenazantes almacenados en la memoria u otras estrategias cognitivas en las que estos estímulos se procesan de manera más elaborada.

Reflexionando sobre la aparente paradoja de una alta atención centrada en sí mismo y una evaluación negativa en los individuos ansiosos, pero solo una evidencia débil de que perciben con precisión el funcionamiento interno (precisión interoceptiva), es posible interpretar esta aparente paradoja con el "buscar evitar" heurístico. Es decir, los pacientes con trastorno de pánico, por ejemplo, detectan rápidamente las sensaciones corporales amenazantes, particularmente en un contexto en el que es probable que esto ocurra; sin embargo, luego desvían su atención de estas sensaciones, haciéndolos algo menos precisos (o no más precisos de lo normal) al juzgar la velocidad o el alcance de la respuesta. De manera similar, en nuestros pacientes sexualmente disfuncionales, la atención se enfoca rápidamente hacia adentro en un modo de autoevaluación cargado de afecto negativo,

En cualquier caso, estos sesgos cognitivos comparten otra característica interesante: casi sin excepción, parecen reflejar la presencia de ansiedad (y sus trastornos), formando un "marcador" psicológico de ansiedad. Además, estos sesgos se resuelven con éxito con el tratamiento. Sin embargo, hay poca evidencia hasta la fecha de que estos sesgos cognitivos sean rasgos duraderos que pueden reflejar vulnerabilidades psicológicas preexistentes para

desarrollar ansiedad severa o trastornos de ansiedad; al menos, hay poca evidencia de estudios que utilizan los paradigmas descritos

arriba. Sin embargo, la evidencia de otras fuentes puede ser más relevante para detectar vulnerabilidades psicológicas preexistentes que se manifiestan como sesgos cognitivos. Esta evidencia se revisa en el Capítulo 8.

Preocuparse

Mientras investigaba la naturaleza y el tratamiento del insomnio en la década de 1970, Thomas Borkovec observó que el insomnio de base psicológica estaba asociado con intrusiones cognitivas incontrolables. En casos severos, estas intrusiones interferirían con la capacidad de ir a dormir o permanecer dormido. Si bien el contenido puede ser lógico y estar relacionado con las actividades en curso del día, como problemas en el hogar o en la oficina, el entorno para considerar estos temas fue completamente inapropiado. Para Borkovec y sus colegas (p. ej.,

Borkovec, 1979), estas condiciones parecían tener la calidad de ser "impulsadas" por algún proceso totalmente fuera de control para las personas que sufren de insomnio. Sobre la base de estas importantes observaciones, Borkovec comenzó a estudiar a estos individuos, a quienes llamó "preocupados crónicos" (Borkovec, 1985a; Borkovec, Robinson,

Al hacerlo, Borkovec y sus colegas observaron un proceso interminable en el que sus sujetos con preocupación crónica albergaban una corriente de pensamientos sobre posibles eventos negativos o traumáticos en su futuro y las formas en que podrían lidiar con ellos. También señalaron que estos temas nunca llegaron a soluciones en términos de posibles métodos para lidiar con las posibilidades futuras de "qué pasaría si", pero que el proceso continuó en cualquier caso.

Los comienzos de estudios empíricos más estructurados que compararon a los que se preocupan y los que no se preocupan en la década de 1980 revelaron que la distracción y la dificultad para "apagar" la actividad de preocupación se encontraban entre los discriminadores más notables de la preocupación severa asociada con la ansiedad. Pruzinsky y Borkovec (1983) también encontraron que los sujetos con preocupación crónica estaban significativamente más deprimidos y ansiosos que los sujetos sin tal preocupación en los cuestionarios de afecto general. Este hallazgo es interesante, ya que los primeros sujetos fueron elegidos estrictamente sobre la base de la preocupación frecuente, en lugar de criterios que reflejan la gravedad de la depresión o la ansiedad. También tuvieron más dificultades con el control de la atención en el Inventario de Procesos Imaginales (Singer & Antrobus, 1972), y evidenciaron más interferencia con el desempeño (Borkovec, Shadick & Hopkins, 1991).

Entonces, en este punto del proceso hipotético de aprehensión ansiosa, la preocupación es el punto en el que las cogniciones "calientes", impulsadas por una excitación en espiral, adquieren vida propia, viajando más allá del control volitivo de los individuos a medida que la ansiedad se vuelve crónica. La preocupación puede parecer, a primera vista, una actividad

perfectamente razonable en vista de una u otra situación en curso que puede necesitar atención. La preocupación puede incluso proporcionar la ilusión de tomar alguna acción con respecto a un futuro premonitorio. Esto sería consistente con el sólido conjunto preparatorio y la fisiología de apoyo que parecen ser componentes esenciales de la ansiedad. Por esta razón, parece haber una cualidad de preocupación que se refuerza y, por lo tanto, se perpetúa a sí misma (Borkovec et al., 1991), que se relaciona con los intentos de hacer frente y recuperar el control. Conceptualizaciones más recientes, revisadas a continuación, argumentan convincentemente que la preocupación se considera mejor como un intento de mecanismo de afrontamiento que en realidad sirve para evitar el núcleo emocional amenazador de la ansiedad (Craske, 1999), funcionando así como un reforzador negativo. Así, la preocupación parece estar reforzándose tanto a nivel consciente, con la ilusión de que uno está planificando efectivamente para el futuro (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994), como a nivel inconsciente, en el que uno está evitando el procesamiento de temas afectivos centrales. Pero, de hecho, la

preocupación como mecanismo de afrontamiento, consciente o inconsciente, no es funcional:

finalmente, se interrumpen la concentración y las actividades en curso. El antídoto lógico, la reorientación de la atención hacia las tareas externas, suele estar fuera del alcance del individuo.

Durante la última década, ha florecido el estudio del proceso de preocupación (p. ej., Davey & Tallis, 1994). En el Capítulo 1, me he referido a los comentarios clásicos de Howard Liddell (1949) que describen la ansiedad como la “sombra de la inteligencia”. Con esto se refería a la propensión humana a mirar hacia el futuro en un intento de planificar eventos potencialmente difíciles o amenazantes. El proceso más asociado con esta función de planificación es la preocupación. En la primera edición de este libro (y como se señaló anteriormente), sugerí que la función principal de la preocupación es prepararse para tratar de hacer frente a una amenaza futura, y la mayoría de los teóricos a lo largo de los años han estado más o menos de acuerdo con esta posición (Gray, 1982; Mathews, 1990; Eysenck, 1992). Como tal, la preocupación puede ser un proceso normal y adaptativo que puede volverse inadaptado o patológico si se lleva al extremo. De este modo, como muchas otras características psicopatológicas, el proceso de preocupación parece moverse a lo largo de una dimensión o continuo de lo normal a lo patológico, ya veces es difícil trazar el límite. Se han

evaluado varias características con el potencial de ayudar a diferenciar la preocupación normal de la patológica. Estos incluyen el contenido de la preocupación, la omnipresencia de la preocupación, la interferencia con el funcionamiento como resultado de la preocupación y el grado de control percibido sobre el proceso de preocupación.

Dado que la preocupación patológica se ha convertido en la característica cardinal nosológica de uno de los trastornos de ansiedad, el TAG (véanse los capítulos 9 y 14), muchos estudios que examinan el proceso de la preocupación y los atributos de la preocupación patológica frente a la no patológica han incluido pacientes con TAG.

Con respecto a los temas de preocupación, uno de nuestros estudios examinó las esferas de preocupación más comúnmente reportadas entre 22 pacientes con TAG (Sanderson & Barlow, 1990). Las áreas que sirvieron como principales focos de preocupación fueron la familia, las finanzas, el trabajo y la enfermedad. Más importante aún, los pacientes con GAD informaron más preocupación por asuntos menores que otros grupos clínicamente ansiosos. En un estudio de seguimiento (Craske, Rapee, Jackel y Barlow, 1989), los pacientes con TAG informaron nuevamente que se preocupaban más por asuntos menores misceláneos que las personas sin ansiedad. También se preocuparon más por la enfermedad y menos por las finanzas, en comparación con los participantes normales, que reportaron preocuparse más por el trabajo y menos por la enfermedad. Romer, Molina, y Borkovec (1997) también notaron que los pacientes con TAG reportaron preocuparse por un mayor número de temas que un grupo control sin ansiedad clínica significativa; De acuerdo con estudios previos, su preocupación a

menudo se centró en lo que se consideraban asuntos menores. Por lo tanto, la preocupación patológica es más generalizada y más a menudo se enfoca en lo que se acuerda de manera consensuada como asuntos menores que simplemente no merecen el grado de esfuerzo intelectual y emocional que se plantea. La preocupación patológica también ocupa una mayor parte del día que la preocupación más normal. Nosotros (Sanderson & Barlow, 1990) informamos que 19 de 22 pacientes con TAG informaron sentirse tensos, ansiosos y preocupados durante el 50% o más de un día típico. En el estudio de seguimiento (Craske, Rapee, et al., 1989),

Quizás lo más importante es que las personas que sufren los efectos de la preocupación patológica informan constantemente que este proceso está “fuera de control”, lo que significa que es difícil, si no imposible, detener este proceso cognitivo intenso y desbocado en estas personas. Contraste esto con la preocupación no patológica, donde los individuos parecen capaces de asignar ciertas cantidades de tiempo al proceso antes de pasar a otras cosas (Brown, 1997; Brown, Barlow,

& Liebowitz, 1994). Este aspecto del proceso de preocupación se ha evaluado como una característica distintiva crucial al asignar el diagnóstico de TAG en el DSM-IV (Brown, Barlow y Liebowitz, 1994). Además, la preocupación patológica parece interferir más sustancialmente con el funcionamiento diario que la preocupación más “normal” (Borkovec et al., 1991).

También parece claro que el proceso normal de preocupación puede ser una actividad exitosa para resolver problemas (Davey, 1994a), pero solo si no va acompañado de una ansiedad significativa. Específicamente,

Davey (1993a, 1993b) descubrió que la preocupación se asociaba con una variedad de habilidades de afrontamiento centradas en el problema solo después de dividir los niveles de ansiedad rasgo. En otras palabras, la preocupación y el rasgo de ansiedad contribuyeron con fuentes únicas de varianza, ya que la preocupación se correlacionó positivamente y el rasgo de ansiedad se correlacionó negativamente con el afrontamiento cognitivo y la resolución de problemas. Ledoucq, Pleis, Ernest y Dugas (1998) y Davey (1994d) han señalado que una

problemas. Ladouceur, Blais, Freeston y Dugas (1998) y Davey (1994d) han señalado que uno de los problemas de la preocupación patológica no parece ser la falta de capacidad para resolver problemas; más bien, la presencia de ansiedad reduce el control percibido sobre las habilidades para resolver problemas, lo que resulta en una menor confianza en que el proceso será fructífero. La ansiedad también da como resultado una disminución de la capacidad para concentrarse específicamente en el problema en cuestión. Estos estudios sugieren un tema al que vuelvo a continuación:

Tom Borkovec y sus colegas (p. ej., Borkovec, 1994a) han integrado los resultados de investigaciones de todo el mundo y han propuesto una teoría creativa y útil que sugiere un papel algo diferente para el proceso y la función de la preocupación de lo que sugerí en la primera edición de este libro. . Específicamente, Borkovec ha conceptualizado la preocupación como una actividad principalmente verbal o semántica que en realidad sirve para prevenir la experiencia completa de los estímulos que provocan ansiedad o miedo cuando la ansiedad se vuelve crónica, como se mencionó anteriormente. Es decir, la atención impulsada por la excitación que ocupa el proceso verbal/lingüístico de la preocupación suprime efectivamente la experiencia completa del estado emocional negativo de la ansiedad. Como tal, impide el

procesamiento de estas emociones, y todos sus estímulos, respuestas y proposiciones de significado. para usar la terminología de Peter Lang (ver Capítulo 2). Además, el proceso de preocupación se asocia con un proceso psicofisiológico distintivo en el que la activación autónoma, en particular la activación simpática, está sustancialmente restringida; esto probablemente refleja, una vez más, la incapacidad del individuo para experimentar el componente SNS de miedo y ansiedad en su sentido más completo. Por el contrario, las personas involucradas en una preocupación patológica se pueden caracterizar mejor desde un punto de vista psicofisiológico como evidenciando una actividad parasimpática aumentada o un tono vagal bajo (ver Capítulo 6). la incapacidad del individuo para experimentar el componente SNS del miedo y la ansiedad en su sentido más completo. Por el contrario, las personas involucradas en una preocupación patológica se pueden caracterizar mejor desde un punto de vista psicofisiológico como evidenciando una actividad parasimpática aumentada o un tono vagal bajo (ver Capítulo 6).

Una variedad de evidencia se ha acumulado a lo largo de los años para apoyar estas proposiciones. Por ejemplo, las personas que se involucran en el proceso de preocupación informan que tienen más pensamientos que imágenes (Borkovec e Inz, 1990; Borkovec, 1994a). Este fenómeno parece ser cierto tanto para la preocupación no patológica como para la preocupación más clínica (Borkovec, 1994a; Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996; Tallis, Davey y Capuzzo, 1994). En un experimento interesante que demostró este fenómeno, Rapee (1993) instruyó a sus sujetos para que participaran en el proceso de preocupación mientras realizaban tareas que utilizaban principalmente componentes verbales de la memoria de trabajo o principalmente componentes visuales y espaciales. Solo la actividad de tocar los componentes verbales de la memoria de trabajo pareció interferir con el proceso de preocupación, destacando una vez más la naturaleza verbal/lingüística de la preocupación. Bergman y Craske (1994) también informaron que las personas preocupadas por una próxima tarea de hablar en público pasaron de visualizar principalmente una escena neutral

a involucrarse en una actividad más verbal/lingüística a medida que comenzaban a preocuparse por su próximo discurso.

La relación funcional sugerida por primera vez por Borkovec (p. ej., Borkovec e Inz,

1990) es que el proceso de preocupación, al impedir el pleno acceso a la estructura de la ansiedad, suprime el afecto negativo. Esto puede explicar las cualidades de refuerzo (negativas) que señalé en la primera edición de este libro. La respuesta de SNS restringida respalda este análisis. Freeston, Dugas y Ladouceur (1996) han observado que una mayor aprobación de los pensamientos durante el proceso de preocupación se correlaciona positivamente con una hiperactividad autonómica reducida. En los individuos que muestran más preocupación patológica, como aquellos con TAG, el hallazgo principal es una disminución de la flexibilidad autonómica y una menor variabilidad de la frecuencia cardíaca. Este proceso psicofisiológico se describe con cierto detalle en el Capítulo 6. Pero la noción, una vez más,

TRASTORNOS

es que esta inflexibilidad autonómica refleja una evitación exitosa de la experiencia de la ansiedad.

Al anticipar y planificar eventos negativos futuros, el proceso de preocupación también puede reducir la aparente imprevisibilidad e incontrolabilidad de estos eventos, un proceso que se sabe que aumenta la aversión de estos eventos (Mathews, 1990; Eysenck, 1992). De esta manera, también, el proceso de preocupación puede ser un refuerzo negativo (Roemer & Borkovec, 1993). Además, como sugiere Craske (1999), la supresión de una fuerte excitación autonómica bien puede permitir una planificación cognitiva y una resolución de problemas más productivas. En apoyo de esta noción, varios estudios han encontrado una mayor activación del hemisferio izquierdo (medida por registros electroencefalográficos) en comparación con la activación del hemisferio derecho durante el proceso de preocupación. Por supuesto, la actividad del hemisferio izquierdo está asociada con la actividad verbal/lingüística, mientras que la activación del hemisferio derecho se asocia con un procesamiento de información más visual/experiencial asociado con una mayor actividad autonómica. Heller, Nitschke, Etienne y Miller (1997) también informaron hallazgos de actividad hemisférica diferencial que favorece al hemisferio izquierdo en sujetos ansiosos.

En vista de estos hallazgos, Craske (1999) ha argumentado de manera persuasiva que la preocupación no es sinónimo de aprensión ansiosa; más bien, es una consecuencia estrechamente asociada de la aprensión ansiosa que puede ser un intento de hacer frente a este proceso para muchos individuos. Su razonamiento se basa en los hallazgos de que, a pesar de las altas correlaciones entre el rasgo de ansiedad y la preocupación (p. ej., Tallis, Eysenck y Mathews, 1992b), un análisis posterior indica que la preocupación y la ansiedad representan fuentes únicas de variación (Davey et al., 1992). También hay mucha evidencia de que la aprensión ansiosa, al menos cuando se experimenta de forma aguda, está asociada con la excitación autonómica en relación con las condiciones de referencia, mientras que el proceso de preocupación como componente integral de la ansiedad más crónica, como se acaba de revisar, está asociado con la supresión autonómica. Nuestro trabajo, revisado en el Capítulo 6 (p. ej., Holden y Barlow, 1986; véase la figura 6.2), muestra una respuesta simpática elevada cuando los individuos anticipan la confrontación con situaciones temidas en comparación con los niveles de respuesta de referencia, en particular si estas medidas de referencia se toman después de la confrontación, de modo que no se presenta más ansiedad anticipatoria. Varios estudios de personas con ansiedad no clínica demuestran una respuesta autonómica elevada en previsión de un evento desafiante o amenazante. Una vez más, esto contrasta con el proceso de preocupación asociado con la ansiedad crónica, que se caracteriza por una respuesta autonómica alta pero estable e inflexible. particularmente si estas medidas de referencia se toman después de la confrontación, de modo que no haya más ansiedad anticipatoria. Varios estudios de personas con ansiedad no clínica demuestran una respuesta autonómica elevada en previsión de un evento desafiante o amenazante. Una vez más, esto contrasta con el proceso de preocupación asociado con la ansiedad crónica, que se caracteriza por una respuesta autonómica alta pero estable e inflexible.

Además de estas aparentes diferencias psicofisiológicas, Craske (1999) también supone que el procesamiento cognitivo puede volverse menos elaborado a medida que uno pasa de un estado de preocupación por posibles eventos negativos venideros a un estado de ansiedad anticipatoria cuando estos eventos son más inminentes. y finalmente a un estado de miedo o

pánico cuando el peligro o la amenaza están realmente presentes y la actividad cognitiva es mínima (Fredrikson et al., 1993). Este arreglo está diagramado en la Figura 3.9.

En resumen, la evidencia en este punto apoya la noción de que el proceso de preocupación quizás se considere mejor como un proceso independiente que puede ser un intento adaptativo o fallido de hacer frente a una amenaza o peligro intencionado y asociado con una aprensión ansiosa crónica, dependiendo de la intensidad del proceso de preocupación. A medida que la ansiedad aumenta y se cronifica, también lo hace el proceso de preocupación (al menos en algunos individuos), hasta alcanzar niveles patológicos de cada proceso. En este punto, el proceso de preocupación es un proceso desadaptativo y fuera de control que interfiere con el desempeño y se convierte en la característica principal de al menos un trastorno de ansiedad, el TAG. Al mismo tiempo, la propia preocupación puede convertirse en el foco de la aprensión ansiosa, como se refleja en los criterios del DSM-IV para el TAG y en el concepto de “metapreocupación” de Adrian Wells (Wells, 1994a; Wells y Papageorgiou, 1998a). Volvemos a este tema en el capítulo 14.



FIGURA 3.1 Relación de preocupación, aprehensión ansiosa y miedo (pánico). De Craske (1999).
Copyright 1999 de Westview Press. Reimpreso con permiso.

La evidencia que respalda la independencia parcial del proceso de preocupación, a su vez, requiere alteraciones en el modelo del proceso de aprehensión ansiosa presentado en la primera edición de este libro como se describe anteriormente. Estas alteraciones se presentan en la Figura 3.1. En esta nueva descripción, la preocupación precede a la entrada en el ciclo de aprehensión ansiosa, de acuerdo con las conceptualizaciones de Craske. Al mismo tiempo, debe recordarse que estos dos procesos están muy relacionados y, a menudo, están intrincadamente ligados en un proceso patológico en espiral que los hace fenomenológicamente inseparables en su presentación más grave. No obstante, el proceso de preocupación parece representar mejor la función de planificación de Liddell (1949), tal como la imaginó hace más de 50 años. Cuando funciona como aparentemente se pretendía,

ANSIEDAD VERSUS MIEDO

El proceso de ansiedad, entonces, es el de una estructura cognitiva-afectiva coherente que consiste en un ciclo de retroalimentación negativa caracterizado en diversos grados por una sensación de eventos tanto internos como externos que ocurren de manera impredecible e incontrolable, acompañados por una fisiología de apoyo y cada vez más. patrones bien establecidos de activación cerebral (circuitos cerebrales; véase el Capítulo 6). Este proceso también se caracteriza por cambios desadaptativos en la atención hacia un enfoque autoevaluativo interno y negativo; una serie de sesgos cognitivos que reflejan hipervigilancia

ante amenazas y peligros; y, en niveles intensos, desempeño disfuncional. La evasión y la preocupación están íntimamente ligadas a este ciclo, pero cuando la ansiedad se vuelve crónica, son mecanismos de afrontamiento fundamentalmente fallidos.

son mecanismos de afrontamiento fundamentalmente ruidos.

No tiene sentido decir que la ansiedad como un sistema coherente "comienza" con la activación de circuitos cerebrales específicos, o percepciones de amenaza o incontrolabilidad, o cambios de atención. Cada faceta de la ansiedad es parte de un todo y es difícil de estudiar fuera de contexto. Los orígenes de la ansiedad y los trastornos de ansiedad se explican con más detalle en el Capítulo 8.

Ahora que se han revisado la investigación y la teoría sobre la naturaleza de la ansiedad, es importante considerar diferencias potencialmente importantes entre las emociones de ansiedad y miedo, a las que se alude a lo largo del capítulo. Los teóricos de la emoción neoevolutiva nos informan que el miedo es una emoción distinta y básica, y la experiencia humana en general parecería validar esto. El miedo es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una fuerte excitación y tendencias de acción. Por el contrario, la ansiedad parece caracterizarse mejor como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por percepciones de incontrolabilidad e imprevisibilidad sobre eventos potencialmente aversivos y un cambio rápido en la atención al foco de eventos potencialmente peligrosos o la propia respuesta afectiva a estos eventos. Gray y McNaughton (1996) han teorizado sobre dos sistemas cerebrales parcialmente independientes que sustentan estas dos emociones, el BIS y el sistema de lucha y huida (FFS; consulte el Capítulo 2). Lang habla de salidas discriminatoriamente diferentes de su sistema motivacional defensivo: defensa activa (lucha o huida) por un lado, y "congelación" conductual por el otro. Otros teóricos hacen discriminaciones similares.

Si la manifestación clínica de la ansiedad es una interrupción del comportamiento y un nuevo enfoque de la atención en las posibles fuentes de amenazas o peligros futuros ("Podría volver a suceder, y es posible que no pueda enfrentarlo, pero tengo que estar listo para probar"), entonces, ¿cuál es la manifestación clínica del miedo? Desde mi punto de vista, esta manifestación clínica es el pánico, y el pánico es el sistema de alarma no adulterado, antiguo y posiblemente innato que los seres humanos llaman "miedo". Por lo tanto, antes de poder discutir la etiología de la ansiedad y sus trastornos, es necesario considerar el fenómeno del pánico.

El fenómeno del pánico

Tenía 25 años cuando tuve mi primer ataque. Fue unas pocas semanas después de que llegué a casa del hospital. Me habían quitado el apéndice. La operación había ido bien y yo no corría ningún peligro, por eso no entiendo qué pasó. Pero una noche me fui a dormir y me desperté unas horas más tarde, no estoy seguro de cuánto tiempo, pero me desperté con este vago sentimiento de aprensión. Sobre todo recuerdo cómo mi corazón empezó a latir con fuerza. y me dolía el pecho; se sentía como si alguien estuviera parado en mi pecho. Estaba tan asustada. Estaba seguro de que me estaba muriendo, de que me estaba dando un infarto. Y me sentí un poco raro, como si estuviera separado de la experiencia. Parecía que mi habitación estaba cubierta por una neblina. Corrí a la habitación de mi hermana, pero sentí que era una marioneta o un robot que estaba bajo el control de otra persona mientras corría. Creo que la asusté casi tanto como yo mismo. Llamó a una ambulancia.

Esta descripción fue ofrecida por un paciente nuestro. Compare esto con un relato anterior de un ataque de ansiedad que "irrumpe en la conciencia sin ser provocado por ningún tren de pensamiento":

Un ataque de ansiedad puede consistir en un sentimiento de ansiedad solo, sin ideas asociadas, o acompañado de la interpretación más cercana, como ideas de extinción de la vida, o un derrame cerebral, o la amenaza de locura. . . o el sentimiento de ansiedad puede estar relacionado con una perturbación de una o más de las funciones corporales, como la respiración, la acción del corazón, la inervación vasomotora o la actividad glandular. De esta combinación, el paciente elige en particular ahora un factor, ahora otro. Se queja de “espasmos del corazón”, “dificultad para respirar”, “brotes de sudoración”. . . y cosas por el estilo; y en su descripción, el sentimiento de ansiedad a menudo pasa a un segundo plano. (Freud, 1895/1940, pág. 86)

Las raíces de la experiencia del pánico están profundamente arraigadas en nuestros mitos

culturales. El dios griego Pan, el dios de la naturaleza, residía en el campo, presidiendo ríos, bosques, arroyos y los diversos animales de pastoreo. Pero Pan no encajaba en la imagen popular de un dios: era muy bajo, con piernas parecidas a las de una cabra, y era muy feo. Desafortunadamente para los antiguos griegos que viajaban por el campo, Pan tenía la costumbre de dormir la siesta en una pequeña cueva o en un matorral cerca de la carretera. Cuando un transeúnte lo interrumpía de su siesta, soltaba un grito espeluznante que se decía que ponía los pelos de punta. El grito de Pan fue tan intenso que muchos viajeros aterrorizados murieron. Este terror o susto repentino y abrumador llegó a conocerse como “pánico”, y en ocasiones Pan usaba su talento único para vencer a sus enemigos.

Aunque Pan se ha desvanecido profundamente en el mito, millones de personas experimentan diariamente su poder. De hecho, el pánico es tan común, tan generalizado y tan parte de nuestra experiencia que hemos logrado pasar por alto su importancia. En términos sencillos, “entrar en pánico” es parte de nuestras vidas,

105

106

TRASTORNOS

LA ANSIEDAD Y SUS

por lo general, ocurre antes de una fecha límite que parece imposible de cumplir, o en puntos en los que uno se enfrenta repentinamente al peligro. Pero la importancia del fenómeno del pánico es tal que aumentar nuestra comprensión es esencial si queremos resolver los muchos enigmas que rodean a los trastornos de ansiedad. Además, ahora sabemos que una comprensión completa de otros trastornos psicológicos importantes, como la depresión, los trastornos somatomorfos (p. ej., hipocondriasis) y los trastornos de estrés, puede ser difícil sin comprender primero el pánico. Si bien hemos aprendido mucho en la última década, todavía tenemos mucho que aprender sobre el fenómeno del pánico.

¿QUÉ ES EL PÁNICO?

Miedo y pánico

Como se revisó en el Capítulo 2, muchos teóricos de las emociones, como Carroll Izard (p. ej., Izard, 1992; Izard y Blumberg, 1985; véase también Ekman, 1992), sugieren que el miedo es una emoción básica distinta y primitiva. O, según la conceptualización de Peter Lang (p. ej., Lang, 1994a, 1994b, 1995), es un componente estrechamente organizado de nuestro sistema motivacional defensivo que es fundamentalmente un acto conductual. El miedo está asociado con rasgos neurobiológicos y cognitivos intensos. El miedo se produce cuando estamos directa e inminentemente amenazados, ya sea por tribus merodeadoras o animales salvajes, que era tan frecuente en el caso de nuestros ancestros lejanos que vivían en cuevas, o peligros más modernos, como un vehículo fuera de control que se precipita sobre nosotros. La tendencia a la acción en el corazón de esta emoción es la conocida respuesta de “lucha o huida”. Por supuesto, es esencial que esta respuesta sea instantánea, porque la supervivencia del organismo puede depender de ello. Esta es la “respuesta de emergencia” o “reacción de alarma” de Cannon (1929). La mayoría de los teóricos estarían de acuerdo en que esta respuesta es favorecida evolutivamente, es antigua y se encuentra muy por debajo de la escala filogenética. Subjetivamente, la respuesta se caracteriza por una abrumadora necesidad de escapar, a menudo expresada como “Tengo que salir de aquí”. Este impulso subjetivo parece reflejar la

tendencia de acción básica del miedo, que es escapar. la respuesta se caracteriza por una abrumadora necesidad de escapar, a menudo expresada como “Tengo que salir de aquí”. Este impulso subjetivo parece reflejar la tendencia de acción básica del miedo, que es escapar. la respuesta se caracteriza por una abrumadora necesidad de escapar, a menudo expresada como “Tengo que salir de aquí”. Este impulso subjetivo parece reflejar la tendencia de acción básica del miedo, que es escapar.

En un contexto peligroso, la emoción del miedo nos moviliza física y cognitivamente para una acción rápida y, a veces, esfuerzos “sobrehumanos”. Aunque huir o escapar es la manifestación conductual más común del miedo, ocasionalmente se manifiesta una acción dirigida para contrarrestar la amenaza, como atacar a un depredador o levantar un automóvil sin ayuda de nadie para que un niño atrapado debajo pueda escapar. Como sugerí en la primera edición de este libro (Barlow, 1988), a veces estas acciones son contraproducentes, como en el caso de la lucha en vano de una víctima que se está ahogando cuando una respuesta racional sería quedarse quieta e intentar flotar.

¿Cuál es la manifestación clínica del miedo? En mi opinión, la suma de la evidencia fenomenológica y del desarrollo hasta la fecha sugiere que la manifestación clínica de la emoción básica del miedo es más evidente en los ataques de pánico. Además de una fuerte

oleada autonómica, los pacientes que experimentan un ataque de pánico informan miedo y terror extremos, pensamientos de morir y un impulso conductual abrumador de escapar o “salir de aquí”. Para los pacientes con trastorno de pánico, estos impulsos pueden ser irracionales y contraproducentes, como el impulso de escapar de una importante reunión de negocios o una reunión familiar. Estos impulsos tienen importantes consecuencias. Por ejemplo, muchos evitan, en la medida de lo posible, situaciones en las que este fuerte impulso emocional de actuar pueda bloquearse (p. ej., sillones de dentistas o salones de belleza, o reuniones sociales formales como iglesias o cines, donde un escape repentino llamaría la atención y sería vergonzoso). Un hallazgo frecuentemente replicado de la investigación sobre las emociones básicas es que el

la intensidad de la emoción aumenta si se bloquea la tendencia a la acción (p. ej., Izard, 1977). La mayor intensificación del ataque de pánico puede contribuir a la evitación fóbica en pacientes con trastornos de ansiedad.

Datos adicionales también apoyan la equivalencia de miedo y pánico. La mayoría de los investigadores supondrían que la reacción de los individuos con fobia específica al enfrentarse a su objeto fóbico representa el prototipo de una fuerte reacción de miedo. Pero los datos recopilados en nuestra clínica y en otros lugares no muestran diferencias importantes entre la reacción que experimentan las personas con fobia específica al enfrentarse a su objeto o situación temidos, y los ataques de pánico que experimentan los pacientes con trastorno de pánico que no reportaron una "señal" para su ataque. (Barlow, 1988; Barlow et al., 1985; Craske, 1991; Margraf, Taylor, Ehlers, Roth y Agras, 1987; Street, Craske y Barlow, 1989). Estos hallazgos y otros son responsables de la equivalencia definitoria esencial de estos conceptos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,

Un destacado teórico, Donald Klein, supone que al menos algunos ataques de pánico difieren del miedo en que representan una "alarma de asfixia" asociada con un CO₂ de base central.²sensibilidad (Klein, 1993; véanse los capítulos 5 y 6). Pero ni los perfiles de síntomas ni el funcionamiento neurobiológico (p. ej., CO₂sensibilidad, respuesta del eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical) sugiere que existen estas diferencias entre el pánico y el miedo.

En resumen, las personas que experimentan una respuesta de miedo específica por un lado, o un ataque de pánico por el otro, informan experiencias subjetivas muy similares, incluida la sintomatología; experimentar tendencias conductuales similares para escapar; y parecen experimentar procesos neurobiológicos subyacentes similares. Por lo tanto, una creciente red de evidencia apoya la equivalencia de miedo y pánico. Pero en este momento, la evidencia sigue siendo en gran medida fenomenológica y se necesita mucho más trabajo en un

evidencia sigue siendo en gran medida fenomenológica, y se necesita mucho más trabajo en un análisis más preciso del miedo y el pánico, particularmente a nivel neurobiológico.

La presentación del pánico

Gran parte de nuestra mayor atención al concepto de pánico se debió a la descripción de pánico que apareció por primera vez en el DSM-III (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 1980), donde se definió como “la aparición repentina de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados con sentimientos de muerte inminente” (p. 230). “Comienzo repentino” ha llegado a significar 10 minutos durante los cuales el pánico alcanzará su punto máximo, y este criterio temporal se ha incluido en revisiones posteriores del DSM (p. ej., DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

Una segunda parte importante de la definición es la lista de síntomas que constituyen un ataque de pánico. La mayoría de estos síntomas son expresiones físicas o somáticas de pánico, como palpitaciones o mareos. El DSM-III enumeró 12 síntomas y especificó que al menos 4 deben estar presentes para etiquetar el evento como un ataque de pánico verdadero o "en toda regla". En el DSM-III-R se enumeran 14 síntomas. Esto se logró agregando 1 (náuseas o malestar abdominal) y desglosando el síntoma número 12 enumerado en el DSM-III (miedo a morir, volverse loco o hacer algo descontrolado durante un ataque) en dos síntomas: miedo a morir y miedo a volverse loco. Esto permitió un poco más de precisión en la identificación de los síntomas físicos característicos, así como la expresión cognitiva de pavor (volverse loco o morir) que un individuo puede presentar durante un ataque de pánico.

llegar a una lista de 13 síntomas. Los 13 síntomas del DSM-IV se enumeran en la Tabla 4.1. Una vez más, el individuo debe informar que tiene un pánico caracterizado por “la aparición repentina de aprensión intensa” y así sucesivamente, y debe informar al menos 4 de estos síntomas.

Estos síntomas se desarrollaron originalmente en gran parte a través de la experiencia clínica de los investigadores que trabajaban con los trastornos de ansiedad. La experiencia clínica (así como recopilaciones más sistemáticas de informes de síntomas) también nos dice que diferentes individuos pueden experimentar diferentes combinaciones de síntomas, y que la misma persona puede informar una combinación ligeramente diferente de síntomas de un ataque de pánico a otro (Rapee, Craske y Barlow, 1990). Por lo general, los pacientes que experimentan ataques de pánico informan mucho más que el número mínimo de cuatro síntomas especificado en el DSM-IV (Fyer y Rassnick, 1990). Hace varios años, mis colegas y yo le pedimos a un gran grupo de pacientes que indicaran los síntomas que cada uno de ellos había experimentado durante su pánico típico o más reciente. Tabla 4. 2 ilustra el número y porcentaje de un grupo de 41 pacientes con agorafobia DSM-III con ataques de pánico que aprobaron cada uno de los 12 síntomas DSM-III. Con fines comparativos, también se presentan los datos correspondientes de un grupo de 55 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia según el DSM-III-R.

Como se puede ver en la tabla, la mayoría de estos pacientes reportaron síntomas físicos

Como se puede ver en la tabla, la mayoría de estos pacientes reportaron síntomas físicos de palpitaciones, mareos y temblores. También eran comunes la dificultad para respirar (disnea), sudoración, desmayos y sofocos de calor y frío. Los atragantamientos, las parestesias, la sensación de irrealdad y el dolor torácico fueron algo menos frecuentes, aunque el porcentaje que avaló el último síntoma fue bastante diferente entre los grupos. No menos del 90% del primer grupo informó tener miedo a morir, volverse loco o perder el control. Cuando se desglosaron estos síntomas cognitivos según el DSM-III-R, más pacientes avalaron el miedo a perder el control, aunque el porcentaje que avaló uno u otro fue cercano al 100%. Cabe señalar que, dado que estas descripciones se tomaron principalmente de los pánicos "típicos" de los pacientes,

Otro enfoque de este tema es examinar la intensidad relativa de los síntomas. Ley (1985) también entrevistó a un grupo de pacientes con agorafobia DSM-III con ataques de pánico y registró sus informes de síntomas clasificando los síntomas sobre la base de la intensidad. Él

TABLA 4.1. Criterios de ataque de pánico del DSM-IV

[Un ataque de pánico es un] período discreto de miedo o incomodidad intensos, en el que al menos cuatro (o más) de los siguientes síntomas se desarrollaron abruptamente y alcanzaron su punto máximo en 10 minutos:

- (1) palpitaciones, palpitations o frecuencia cardíaca acelerada
- (2) transpiración
- (3) temblando o temblando
- (4) sensaciones de dificultad para respirar o asfixia
- (5) sensación de asfixia
- (6) dolor o malestar en el pecho
- (7) náuseas o malestar abdominal
- (8) sentirse mareado, inestable, aturdido o débil
- (9) desrealización (sentimientos de irrealdad) o despersonalización (desapego de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocos

Nota. Reimpreso con autorización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición.

TABLA 4.2. Número y porcentaje de 41 pacientes con agorafobia con ataques de pánico DSM-III y 55 pacientes con trastorno de pánico con agorafobia DSM-III-R, que informaron cada uno de los síntomas de pánico

Síntoma	Agorafobia DSM-III con ataques de pánico (n = 41)		DSM-III-R pánico desorden con agorafobia (n = 55)	
	Número	%	Número	%
disnea	37	90	41	75
palpitaciones	40	98	48	87
Dolor en el pecho	31	76	21	38

asfixia	30	73	28	50
Mareo	39	95	48	87
Irrealidad	28	68	31	57
parestesias	26	63	32	58
Sofocos o sofocos	35	85	40	74
Transpiración	35	93	38	70
Debilidad	31	76	37	68
Temblor	36	88	47	86
Miedo a morir, volverse loco, perder el control	37	90		
(DSM-III-R:)				
Malestar abdominal			30	56
Miedo a morir			29	52
Miedo a volverse loco, perder el control			42	76

luego comparó las clasificaciones de su grupo con las de los 41 pacientes con agorafobia del DSM-III descritos anteriormente. Esta lista, que aparece en la Tabla 4.3, demuestra un patrón sorprendentemente similar de la intensidad con la que se informaron estos síntomas.

La prominencia de los síntomas cognitivos (miedo a morir, miedo a perder el control o volverse loco), tanto en términos de frecuencia relativa como de intensidad relativa, hizo que los investigadores consideraran cuidadosamente el papel de estos síntomas en la definición de ataques de pánico y trastorno de pánico para DSM-IV. En DSM-III y DSM-III-R, estos síntomas eran uno o dos elementos en una lista mucho más larga, y los pacientes solo necesitaban cumplir con un mínimo de cuatro síntomas para cumplir con los criterios de un ataque de pánico. Por lo tanto, el DSM-III o el DSM-III-R no requerían la presencia de un síntoma cognitivo como parte del criterio de cuatro síntomas para el pánico. Investigaciones adicionales (Agras, 1990) sugirieron que estos síntomas podrían ser más centrales en la definición de un ataque de pánico. Esta sugerencia fue reforzada por investigaciones posteriores, lo que continuó mostrando que la gran mayoría de los pacientes con trastorno de pánico reportaron cogniciones catastróficas asociadas con el pánico (p. ej., 95% en Brown, Marten y Barlow, 1996). Otra investigación sugirió que la presencia de estos pensamientos a menudo diferencia a las personas con trastorno de pánico de los pacientes con otros trastornos de ansiedad y de las personas con pánico no clínico (p. ej., Rapee, Sanderson, McCauley y Di Nardo, 1992). Finalmente, estos síntomas tienen cierta utilidad para predecir la evitación agorafóbica (Agras, 1990; Clark, 1990; Craske y Barlow, 1988). Por lo tanto, se agregó la estipulación a los criterios del DSM-IV para el trastorno de pánico de que “al menos uno de los

ataques ha sido seguido por un mes (o más) de . . . (b) preocuparse por las implicaciones del ataque o sus consecuencias (p. ej., perder el control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994, p. 402). Aunque esta estipulación puede ser sustituida por otros criterios, como una significación

TABLA 4.3. Órdenes de clasificación de la intensidad de los síntomas experimentados por pacientes con agorafobia durante los ataques de pánico

Síntomas	Ley de rango	de barlow rango	Compuesto rango
Miedo a morir, etc.	1	2	1

Miedo a morir, etc.	1	2	1
palpitaciones	3	1	2
Temblor	2	4	3
disnea	4	5.5	4
Mareo	7	3	5
Sofocos o sofocos	6	5.5	6
Debilidad	8.5	7	7
Irrealidad	5	11	8
Transpiración	8.5	8	9
Dolor en el pecho	10	10	10.5
asfixia	11	9	10.5
parestesias	12	12	12

Nota. De Ley (1985). Copyright 1985 de Pergamon Journals, Ltd. Reimpreso con permiso.

No puede cambiar el comportamiento relacionado con los ataques, está claro que la gran mayoría de los pacientes reportan estos síntomas cognitivos.

No obstante, mis colegas y yo hemos sugerido en otra parte que, aunque la presencia de síntomas cognitivos es muy útil en una definición de trastorno de pánico, no tiene por qué ser esencial para la definición de un ataque de pánico. Por ejemplo, estos síntomas cognitivos no son particularmente evidentes en los ataques de pánico experimentados por personas con otros trastornos de ansiedad, como la fobia específica (Craske, Zarate, Burton y Barlow, 1993). Por lo tanto, es posible que estos síntomas cognitivos, que en realidad son atribuciones personales sobre la causa o la consecuencia del ataque, puedan verse como un epifenómeno de la experiencia del pánico. Esta conclusión también está respaldada por datos de estudios prospectivos de ataques de pánico en pacientes con trastorno de pánico, en los que la atribución de morir parecía ser un producto de la intensidad del ataque más que un síntoma asociado al ataque (Basoglu, Marks, & Sengun, 1992) o en los que estas cogniciones no se identificaban en absoluto (Kenardy, Fried, Kraemer y Taylor, 1992). En la actualidad, estos síntomas cognitivos parecen muy útiles para definir el trastorno de pánico, pero no parecen inherentemente necesarios como definición de ataque de pánico (Barlow, Brown y Craske, 1994).

El grupo de trabajo DSM-IV también examinó la utilidad de exigir un número mínimo de síntomas somáticos en la definición de ataques de pánico. Este examen fue estimulado por el hallazgo mencionado anteriormente de que los síntomas específicos se informan de manera inconsistente en todos los ataques. Por ejemplo, nosotros (Rapee, Craske y Barlow, 1990) observamos que menos de un síntoma se experimentaba consistentemente en los ataques de pánico por parte del sujeto promedio en nuestro estudio de 62 pacientes con trastorno de pánico. Además, el informe de síntomas no parece correlacionarse bien con las medidas fisiológicas. Por ejemplo, algunos estudios muestran que los sujetos con trastorno de pánico informan más sintomatología de hiperventilación que los pacientes con otros trastornos de ansiedad, a pesar de la equivalencia en las medidas objetivas de sobre-respiración, como el CO arterial.2presión (pCO2) (p. ej., Holt y Andrews, 1989b; Rapee, Brown, Antony y Barlow, 1992). Sin embargo, muy pocos pacientes reportan menos de cuatro síntomas asociados con sus ataques (Fyer & Rassnick, 1990), y no parecía haber razón para cambiar este criterio.

Otro tema importante es determinar si los síntomas somáticos de pánico son únicos entre un conjunto más amplio de síntomas somáticos para definir los ataques de pánico, o simplemente un subconjunto de síntomas somáticos notificables para un grupo de pacientes con

hipersensibilidad somática. Por ejemplo, King, Margraf, Ehlers y Maddock (1986) informaron que los pacientes con trastorno de pánico indiscriminadamente presentaban una gran cantidad de síntomas somáticos, muchos de los cuales aparentemente no estaban relacionados con la experiencia del pánico. Por otro lado, Goetz et al. (1989) agregaron una serie de síntomas somáticos irrelevantes a un inventario de calificación clínica utilizado para calificar los ataques de pánico provocados por infusiones de lactato en el laboratorio, y encontraron que estos ítems adicionales no diferenciaban a los pacientes con ataques de pánico inducidos por lactato de los pacientes sin tales ataques. ataques (mientras que los síntomas centrales de pánico lo hicieron, al menos en índices de intensidad). La mayoría de los estudios fenomenológicos del pánico sugieren que el aumento simpático característico, tal como se refleja en el conjunto de síntomas somáticos que definen los ataques de pánico, refleja con precisión la naturaleza de esta reacción, aunque existe una amplia variabilidad de un individuo a otro (Barlow et al., 1994).

Ataques de síntomas limitados

Los médicos han identificado lo que parece ser otra variedad de ataque de pánico, que cumple con todos los criterios de pánico mencionados anteriormente con una excepción: se informan menos de cuatro síntomas. En el DSM-IV, estas experiencias se denominan “ataques de síntomas limitados”. Ahora hay evidencia de que estos ataques tienen un nombre apropiado, ya que en general los pacientes los califican como menos intensos que los ataques mayores (Taylor et al., 1986). Por ejemplo, mientras monitoreaban los pánicos durante 6 días en un grupo de 12 pacientes con trastorno de pánico, Taylor et al. (1986) observaron que 8 de 33 ataques de pánico se clasificarían como ataques menores o de síntomas limitados. Sin embargo, estos ataques de síntomas limitados fueron calificados por los pacientes con una intensidad promedio de 2,5 (en comparación con 3,9 para los ataques mayores) en una escala de 0 a 10, y se asociaron con un aumento promedio de la frecuencia cardíaca de 17. 3 latidos por minuto (BPM), en comparación con un aumento de 49,2 BPM para ataques importantes. Por otro lado, ciertos tipos de ataques de síntomas limitados pueden ser muy intensos. Por ejemplo, mis colegas y yo entrevistamos a una mujer que informó que su episodio inicial de pánico consistía en dos síntomas específicos: diarrea y transpiración excesiva. Tras ese primer episodio, surgió un patrón agorafóbico típico en el que evitaba salir tanto como fuera posible. Su mayor temor era que la diarrea y la sudoración volvieran a aparecer repentinamente (lo que sucedía ocasionalmente). Por lo tanto, cuando salía, siempre verificaba la disponibilidad de baños y solo comenzaba a sentirse más cómoda cuando tenía fácil acceso a un baño. También era particularmente consciente de la aplicación de antitranspirantes y demás.

Funcionalmente, este tipo de ataque de síntomas limitados parece tener el mismo propósito que un ataque de pánico total. Es decir, tiene las mismas consecuencias (ver Capítulo 2). Sin embargo, en nuestra experiencia clínica, este tipo de ataque es relativamente raro en ausencia de ataques de pánico importantes. Por ejemplo, en una serie de 1455 personas con agorafobia que hemos visto, solo 9 informaron haber tenido estos ataques limitados sin haber

experimentado nunca un ataque importante. Sobre la base de estos hallazgos, hemos delineado dos tipos de ataques de síntomas limitados. El primer tipo representa experiencias de personas que han tenido ataques severos y posteriormente desarrollaron un trastorno de pánico. De acuerdo con la evidencia de la investigación (por ejemplo, Rapee, Craske y Barlow, 1990), estos pacientes presentan ataques de pánico completos (es decir, cuatro o más síntomas) intercalados con una serie de "ataques"

menores que implican informes de menos de cuatro síntomas. Estos ataques de síntomas

menores que implican síntomas de menos de cuatro síntomas. Estos ataques de síntomas limitados pueden ser ansiedad subjetiva (condicionada

TRASTORNOS

por pánicos previos) sin una oleada fisiológica real. El segundo tipo de ataque de síntomas limitados es un síntoma somático aislado pero grave, que conduce a una evitación agorafóbica, como se describió anteriormente.

En resumen, las personas describen los ataques de pánico como estallidos repentinos de emoción que consisten en una gran cantidad de síntomas somáticos, acompañados a menudo

por sentimientos de muerte y/o pérdida de control. Los síntomas son relativamente consistentes. En promedio, entre las personas que experimentan pánico, sin embargo, los ataques de pánico individuales pueden presentarse con una "combinación" o número de síntomas diferente y pueden variar en intensidad. Los informes se asemejan claramente a la alarma primitiva de miedo descrita en el Capítulo 1 (Cannon, 1927; Darwin, 1872). Aunque estos informes parecen describir un evento único, ¿apoyan estos informes procedimientos de medición más objetivos?

La psicofisiología del pánico

Pánico durante el Monitoreo Psicofisiológico en una Clínica

Hace varios años, mis colegas y yo registramos cambios fisiológicos detallados que precedieron y acompañaron a los ataques de pánico "espontáneos" en dos pacientes que estaban bajo control psicofisiológico en ese momento (Cohen, Barlow y Blanchard, 1985). Estos ataques de pánico fueron inesperados para los pacientes y ciertamente inesperados para nosotros. Curiosamente, ambos ataques ocurrieron mientras los pacientes se relajaban, uno durante una evaluación psicofisiológica y el otro durante una sesión de entrenamiento de relajación asistida por biorretroalimentación. Por qué la relajación puede provocar pánico es un tema fascinante que se abordará más adelante en este volumen (véanse los capítulos 5 y 14). Debido a que estos datos fortuitos brindan parte de la respuesta a la pregunta "¿Qué es el pánico?", los dos pacientes y sus datos se presentan aquí con cierto detalle.

La primera paciente era una mujer de 33 años a la que, curiosamente, se le diagnosticó un trastorno de ansiedad generalizada (TAG; véase el capítulo 14). Aquí se hace referencia a ella como "María". Se presentó a nuestra Clínica de Trastornos de Ansiedad en la Universidad

Estatal de Nueva York en Albany con quejas primarias de tensión crónica, irritabilidad, palpitaciones, desmayos e incapacidad para relajarse. Antes de buscar tratamiento en nuestra clínica, su médico de familia la había tratado por síndrome del intestino irritable. Informó haber experimentado ataques de pánico ocasionales, pero no con la frecuencia suficiente para cumplir con los criterios del trastorno de pánico.

El ataque de pánico que se describe aquí ocurrió mientras Mary se sometía a una evaluación psicofisiológica previa al tratamiento. Después de un período de 10 minutos de adaptación al laboratorio, se registró una línea de base de 4 minutos. A continuación, se le indicó a Mary que relajara primero todo el cuerpo y luego la cara y la frente. El ataque de pánico ocurrió durante este período de relajación. Después del ataque, después de unos minutos de tranquilidad por parte del experimentador, pudo reanudar la evaluación. En las fases posteriores de la evaluación, se le pidió que realizara una serie de tareas estresantes, que incluían aritmética mental, imágenes estresantes y la prueba del frío, que consistía en sumergir la mano en un balde de agua helada durante todo el tiempo que pudiera; completó estas tareas con poca dificultad. Al final de la sesión, cuando se le pidió que calificara sus niveles de ansiedad durante cada fase de la evaluación, informó haberse sentido más relajada durante la fase de relajación, justo antes de su ataque de pánico. Sin embargo, también informó náuseas leves asociadas con la relajación.

El segundo sujeto era una mujer de 34 años, "Jill", que estaba siendo tratada por un

trastorno de pánico. Informo haber experimentado muchos de sus ataques de pánico en situaciones estresantes. En ocasiones, sin embargo, ocurrían en momentos en que se sentía despreocupada y relajada, aunque por lo general poco después de un período de mayor estrés. Por ejemplo, recordó una reciente

ataque de pánico que se había producido en un restaurante. Había estado muy tensa y presionada, tratando de vestir a sus hijos y asegurarse de que su familia llegara al restaurante a tiempo para su reserva. Tenía miedo de que su mayor tensión precipitara un ataque en el restaurante, pero después de finalmente sentarse y ordenar su comida, recordó haber pensado:

“Todo está bien ahora. Lo hice”. Cuando comenzó a relajarse y disfrutar de su comida, experimentó un intenso ataque de pánico.

El pánico descrito aquí ocurrió durante la tercera sesión de tratamiento de biorretroalimentación de Jill, en la que se le enseñó a relajar los músculos. Antes de comenzar el entrenamiento de biorretroalimentación, había practicado la relajación progresiva durante varias semanas. Había hecho un buen progreso, aunque en varias ocasiones había experimentado ligeros mareos durante su práctica. En esta sesión en particular, se registró una línea de base de 4 minutos, después de lo cual se le indicó que comenzara la relajación.

Los cambios fisiológicos de ambos sujetos desde el comienzo de la sesión de registro hasta el inicio y el pico de los ataques de pánico se presentan en la Figura 4.1 para Mary y en la Figura 4.2 para Jill. En cada caso, el registro fisiológico cesó en el momento en que el terapeuta entró en la habitación para consolar y tranquilizar al paciente. Dado que los pánicos ocurrieron durante la relajación y, por lo tanto, no representaron una fase separada del procedimiento, su inicio está indicado por la línea discontinua en las figuras.

Las cifras muestran cambios notablemente similares para Mary y Jill. Durante la fase de relajación, hasta el inicio de los ataques de pánico, tanto Mary como Jill se estaban relajando muy bien, como lo indicaban las disminuciones en la frecuencia cardíaca y la electromiografía frontal (EMG). Mary mostró una disminución media de la frecuencia cardíaca de 4 BPM y una disminución media de EMG de $2,4 \times V$. La frecuencia cardíaca de Jill cayó 2 BPM, mientras que su nivel de EMG disminuyó $5,5 \times V$. Estas disminuciones de la frecuencia cardíaca fueron seguidas por aumentos abruptos durante el ataque de pánico, alcanzando un nivel de taquicardia en 1 minuto para Mary y 2 minutos para Jill. Las medidas de EMG durante los pánicos también mostraron aumentos para ambos pacientes. La temperatura de la superficie de la mano mostró cambios mínimos, pero el patrón fue consistente tanto para Mary como para Jill (es decir, las disminuciones durante la relajación fueron seguidas por aumentos durante los pánicos). Llama especialmente la atención la magnitud de los aumentos y la brusquedad con que se produjeron. El ritmo cardíaco de Mary aumentó alrededor de 40 BPM en 1 minuto y el de Jill aumentó más de 50 BPM en 2 minutos, ¡mientras ambas se relajaban!

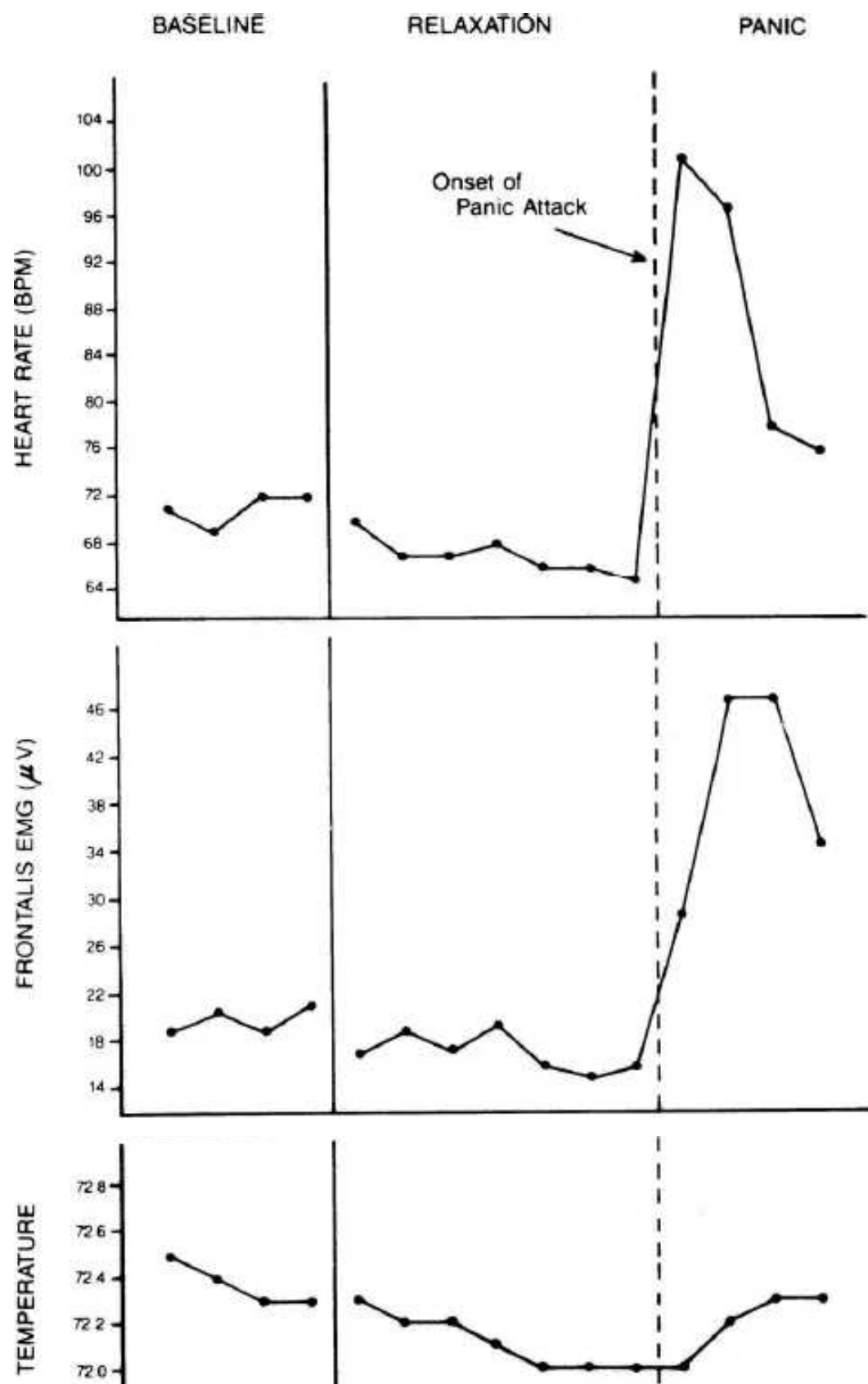
Lader y Mathews (1970) observaron un patrón similar de respuestas fisiológicas en tres pacientes que también se sometían a una evaluación fisiológica pero que entraron en pánico a mitad de camino. En cada caso, estos pánicos fueron inesperados, aunque los pacientes experimentaron varios niveles de ansiedad durante la evaluación. Sin embargo, en al menos un caso, la paciente informó que estaba “recuperándose” de un estado de somnolencia leve cuando se produjo el pánico. Esto puede haber sido similar a la situación de Jill y Mary. Los ataques también terminaron en varios minutos para los pacientes de Lader y Mathews, lo que los llevó a especular sobre mecanismos fisiológicos inhibidores innatos que deben haber estado presentes

para causar una disminución tan rápida del pánico.

Pánico durante el Monitoreo Psicofisiológico Ambulatorio

Posteriormente, los médicos y los investigadores clínicos comenzaron a monitorear a los pacientes que eran vulnerables a los ataques de pánico mientras realizaban sus actividades cotidianas. Esto fue posible gracias a los avances tecnológicos que permitieron un control fisiológico relativamente discreto durante las 24 horas. Además, esto permitió a los investigadores ver si los ataques de pánico que ocurren de forma natural tendrían el mismo

aspecto que los capturados en los laboratorios. Por ejemplo, Robert Freedman y sus colegas en Detroit (Freedman, Ianni, Ettegui,



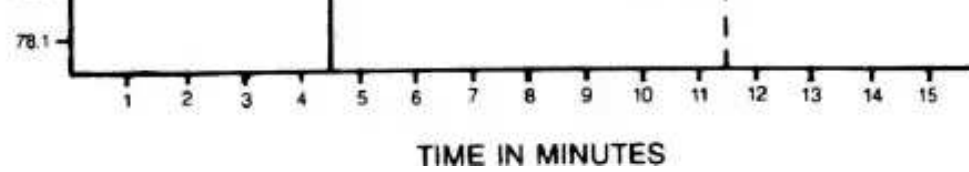
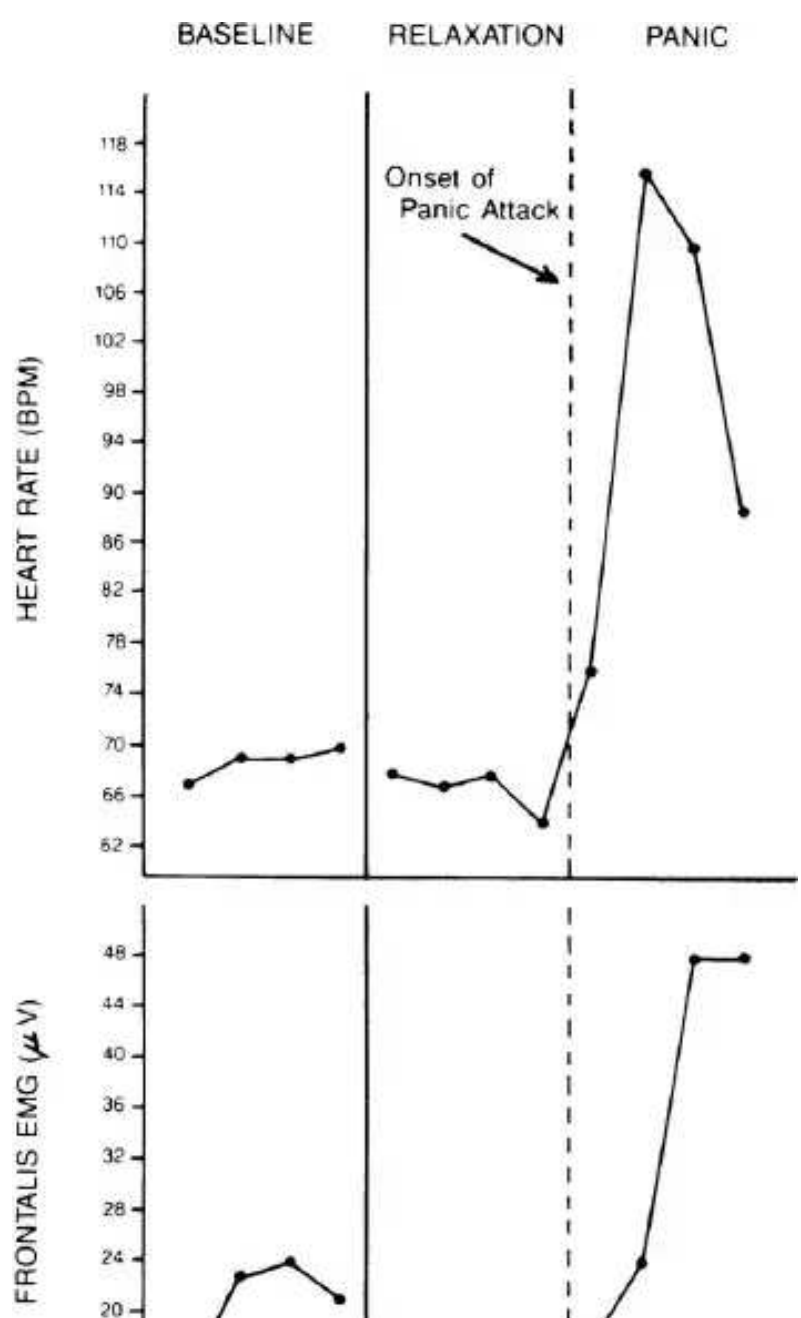


FIGURA 4.1. Cambios fisiológicos del Sujeto 1 ("Mary") desde el inicio de la sesión de grabación durante el inicio y el pico del ataque de pánico. De "La psicofisiología de los ataques de pánico asociados con la relajación" por AS Cohen, DH Barlow y EB Blanchard, 1985, *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 96–101. Copyright 1985 por la Asociación Americana de Psicología. Reimpreso con permiso.

& Puthezhath, 1985) monitoreó a pacientes con trastorno de pánico durante un período de 2 días, y "atrapó" a cinco pacientes que sufrían uno o más ataques de pánico. Los aumentos en la frecuencia cardíaca y los cambios en otros indicadores fisiológicos fueron sustanciales, pero los ataques terminaron esencialmente en 5 minutos, al igual que los ataques de laboratorio descritos anteriormente.

Una de las dificultades para identificar los ataques de pánico que ocurren naturalmente es que las personas que usan monitores fisiológicos ambulatorios están realizando sus actividades habituales y habituales.



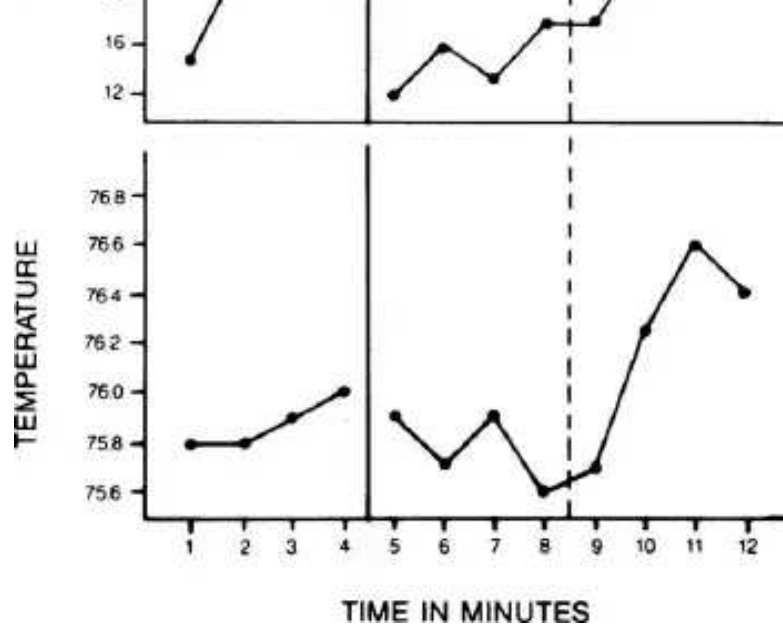


FIGURA 4.2. Cambios fisiológicos del Sujeto 2 ("Jill") desde el inicio de la sesión de grabación durante el inicio y el pico del ataque de pánico. De "La psicofisiología de los ataques de pánico asociados con la relajación" por AS Cohen, DH Barlow y EB Blanchard, 1985, *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 96–101. Copyright 1985 por la Asociación Americana de Psicología. Reimpreso con permiso.

TRASTORNOS

rutinas, la mayoría de las cuales involucran algún tipo de actividad física. Distinguir la proporción de un cambio fisiológico repentino que se debe a un aumento repentino en la actividad física o el ejercicio de la proporción que puede deberse al pánico es una tarea sofisticada que C. Barr Taylor y sus asociados en Stanford comenzaron a emprender. en la década de 1980 (Taylor et al., 1986; Taylor, Telch y Haavek, 1983). En un estudio anterior (Taylor et al., 1983), observaron que la frecuencia cardíaca alta observada en varios pacientes durante los ataques de pánico autoinformados se confundió con el hecho de que los pacientes estaban físicamente muy activos en ese momento. Idearon un programa estadístico para separar los aumentos del ritmo cardíaco debidos a los ataques de pánico de los debidos a la actividad física. Esencialmente,

En un importante estudio, Taylor et al. (1986) luego monitorearon a 12 pacientes con trastorno de pánico y 12 sujetos emparejados sin trastorno de pánico durante 6 días; 24 horas al día. Demostraron que los ataques de pánico que ocurren naturalmente pueden identificarse sobre la base de elevaciones abruptas en la frecuencia cardíaca que no pueden atribuirse a la actividad física. En la Figura 4.3 se presentan los datos de uno de sus pacientes, para quien se monitorearon simultáneamente la frecuencia cardíaca y los niveles de actividad. La firma fisiológica fue muy similar a la observada previamente en los laboratorios. El aumento promedio de la frecuencia cardíaca desde el comienzo del pánico hasta el pico fue de 38,6 BPM. La frecuencia cardíaca alcanzó su punto máximo en un promedio de 4 minutos. Los pacientes informaron que todo el episodio duró un promedio de 15,8 minutos. Pero de acuerdo

con los criterios desarrollados por Taylor et al., el pánico, medido por la frecuencia cardíaca, duró una media de 20,2 minutos de principio a fin. Aunque estos valores fueron un poco más largos que las duraciones reportadas en el laboratorio, la tranquilidad de un terapeuta experimentado no estuvo presente durante estos pánicos naturales. Finalmente, la hora del día asociada con la mayor

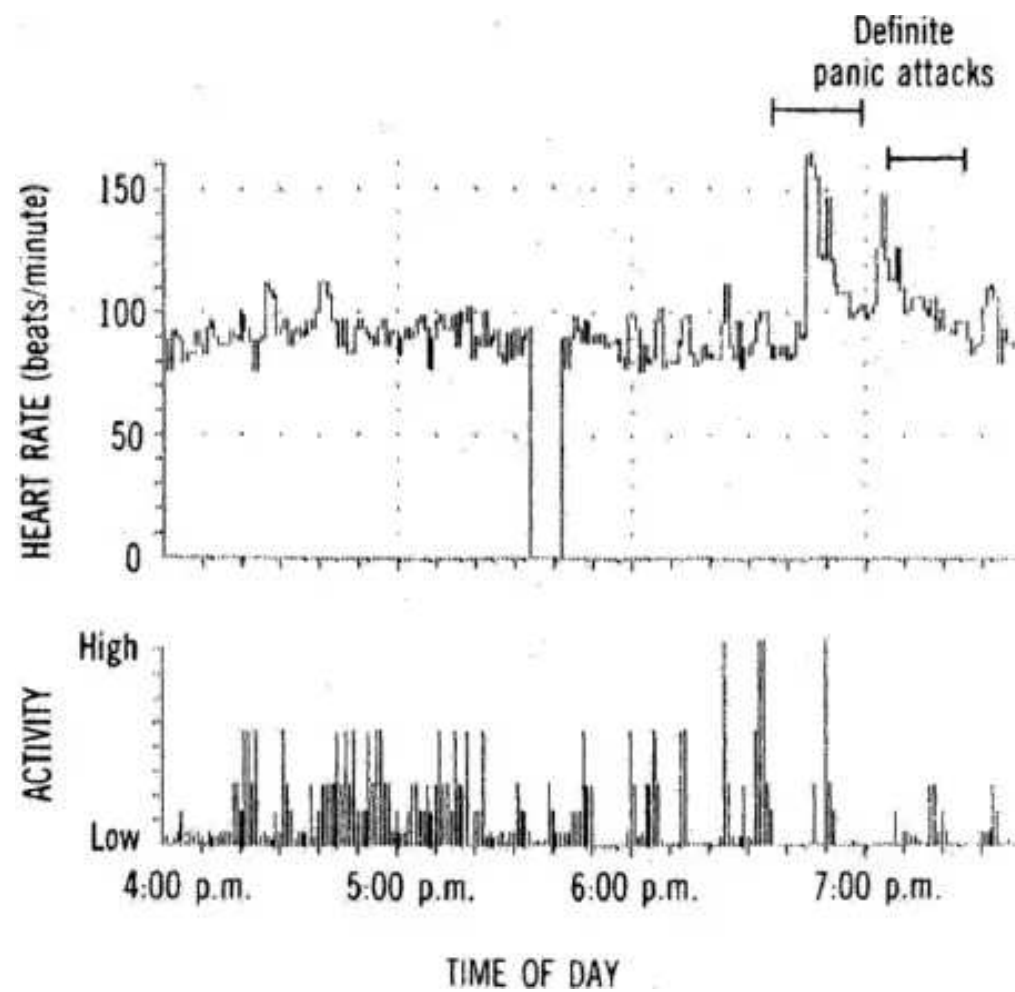


FIGURA 4.3. Frecuencia cardíaca y nivel de actividad durante dos ataques de pánico definidos. De Taylor et al. (1986). Copyright 1986 de la Asociación Americana de Psiquiatría. Reimpreso con permiso.

la frecuencia de los ataques de pánico “espontáneos” fue de 1:30 a 3:30 A.METRO., ¡mientras los pacientes estaban en la cama y presumiblemente relajados! El fascinante fenómeno del pánico nocturno se examina a continuación.

Al menos dos características de este importante estudio plantean preguntas desconcertantes. En primer lugar, aproximadamente el 40 % de los ataques de pánico importantes notificados por estos pacientes no estuvieron acompañados de cambios en la frecuencia cardíaca que fueran diferentes de los esperados durante la actividad normal. Sin embargo, los pacientes reportaron un número adecuado de síntomas de pánico para cumplir con los criterios. Dado que las elevaciones de la frecuencia cardíaca durante el pánico “típico” son

muy marcadas (véanse las Figuras 4.1 y 4.2), y dado que estos pacientes no necesariamente hacían ejercicio vigoroso, parecía haber un fenómeno que estos pacientes identificaron como “pánico” pero que no se acompañó de una respuesta fisiológica característica. Por otro lado, los

ataques de pánico que iban acompañados de aumentos en la frecuencia cardíaca se calificaron como más intensos (una media de 4).

En segundo lugar, cuando Taylor et al. (1986) examinaron los registros fisiológicos de 24 horas, encontraron una gran cantidad de elevaciones de la frecuencia cardíaca inexplicables (no debidas a la actividad) que habrían cumplido los criterios para el ataque de pánico más severo, pero que de ninguna manera fueron etiquetados como "ataques de pánico". " por los pacientes. Lo que esto indica es que las elevaciones marcadas de la frecuencia cardíaca por sí solas no son un buen indicador de pánico en ausencia de la experiencia subjetiva de los síntomas.

Desde ese estudio, una serie de investigaciones adicionales han confirmado la aparición de informes de ataques de pánico en ausencia de elevaciones de la frecuencia cardíaca u otros signos de activación autonómica (Hofmann & Barlow, 1996; Lint, Taylor, Fried-Behar, & Kenardy, 1995; Shear et al., 1992). Por ejemplo, en Lint et al. (1995), se recolectaron datos de monitoreo ambulatorio de 10 mujeres con trastorno de pánico durante un período de 5 días. Los autores registraron un total de 96 casos de frecuencia cardíaca elevada (taquicardia), pero solo 12 de estos eventos estaban claramente asociados con ataques de pánico y 84 ocurrieron en ausencia de informes de pánico. Además, se informaron 11 ataques de pánico que no estaban asociados con una frecuencia cardíaca elevada. Además, Gorman et al. (1983) bloquearon los aumentos absolutos de la frecuencia cardíaca con betabloqueantes, pero señaló el informe de ataques de pánico (aunque se observaron aumentos relativos desde una línea de base amortiguada de la frecuencia cardíaca). Este hallazgo parecería ser una evidencia en contra de designar una indicación absoluta de aumento fisiológico periférico como necesaria en cualquier

definición de pánico. De hecho, si la base biológica de la emoción está en el sistema límbico, y si el pánico es una emoción, tal vez el miedo (Barlow, 1988), entonces uno no podría esperar una correspondencia biunívoca entre la respuesta central y la periférica. Esta falta de correspondencia fue demostrada hace años por Cannon (1929) en su refutación de los detalles de la teoría de la emoción de James-Lange. Este hallazgo parecería ser una evidencia en contra de designar una indicación absoluta de aumento fisiológico periférico como necesaria en cualquier definición de pánico. De hecho, si la base biológica de la emoción está en el sistema límbico, y si el pánico es una emoción, tal vez el miedo (Barlow, 1988), entonces uno no podría esperar una correspondencia biunívoca entre la respuesta central y la periférica. Esta falta de correspondencia fue demostrada hace años por Cannon (1929) en su refutación de los detalles de la teoría de la emoción de James-Lange. Este hallazgo parecería ser una evidencia en contra de designar una indicación absoluta de aumento fisiológico periférico como necesaria en cualquier definición de pánico. De hecho, si la base biológica de la emoción está en el sistema límbico, y si el pánico es una emoción, tal vez el miedo (Barlow, 1988), entonces uno no podría esperar una correspondencia biunívoca entre la respuesta central y la periférica. Esta falta de

correspondencia fue demostrada hace años por Cannon (1929) en su refutación de los detalles de la teoría de la emoción de James-Lange.

El Taylor et al. (1986) y las replicaciones posteriores dieron como resultado una mayor conciencia de la importancia de determinar cómo los pacientes interpretan los síntomas somáticos. Por ejemplo, el pánico puede ser un evento único. Pero una vez que se desarrolla el trastorno de pánico, los pacientes pueden volverse extremadamente sensibles a todas las sensaciones somáticas asociadas originalmente con el pánico. Entonces pueden sobreinformar estos síntomas y exagerar su importancia. Estos temas se vuelven muy importantes a medida que se explica más adelante la naturaleza del pánico.

Finalmente, Taylor et al. (1986) proporciona una mirada fascinante a lo que les sucede a

las personas normales que se encuentran en situaciones muy estresantes. Taylor et al. que a muchos de nosotros les ha experimentado. En un caso, uno de los sujetos de Taylor et al. que un trastorno de pánico había estado trabajando en una línea de prevención del suicidio por primera vez y recibió su primera llamada. En el examen, su patrón de frecuencia cardíaca cumplió con los criterios de pánico severo, pero informó solo un síntoma (sentirse ansiosa y tensa), en lugar de los tres requeridos en este estudio para cumplir con los criterios de ataque de pánico. Otra mujer denunció dos situaciones

en el que relató que “entró en pánico”. En el primero, su hijo pequeño de repente salió corriendo a la mitad de la calle. En la segunda situación, ella conducía hacia el centro comercial cuando otro automóvil pasó a gran velocidad y parecía estar a punto de chocar contra ella. No hubo cambios en la frecuencia cardíaca durante ninguno de estos episodios que pudieran

hubo cambios en la frecuencia cardíaca durante ninguno de estos episodios que pudieran atribuirse a la ansiedad, y ella informó solo uno en lugar de tres o más síntomas en cada caso. Ninguno de los 12 sujetos de Taylor sin trastorno de pánico cumplió nunca los criterios para un ataque de pánico que combinaba las elevaciones requeridas del ritmo cardíaco y los informes de tres o más síntomas. ¿Qué pasó con la reacción de alarma descrita en el Capítulo 1? ¿Es esta reacción representativa de individuos que de repente experimentan la emoción del miedo? Diversas pruebas sugieren que no lo es (véase el Capítulo 2). Pero esta muestra limitada de tres eventos en dos individuos subraya claramente la necesidad de investigaciones a mayor escala sobre este tema utilizando nuevos avances tecnológicos. De hecho, un análisis ampliado con 19 sujetos de control (Margraf et al., 1987) sugirió que los episodios de pánico y ansiedad parecen muy similares en la presentación de síntomas a los de los pacientes. Las diferencias ocurrieron solo en la frecuencia e intensidad de los eventos.

pánico nocturno

Como se señaló anteriormente, Taylor et al. (1986) encontraron que la mayor frecuencia de ataques de pánico ocurría entre la 1:30 y las 3:30 A.M. Quizás ninguna experiencia sea más aterradora que entrar en pánico mientras duerme, como lo ilustra el informe del paciente al comienzo del capítulo. Aproximadamente el 25% de todas las personas con trastorno de pánico que se presentaron en la Clínica de Trastornos de Ansiedad en Albany informaron haber experimentado al menos un ataque de pánico nocturno. En un estudio inicial, evaluamos un grupo de 41 personas que habían experimentado pánico nocturno (Barlow y Craske, 1988b). Estas personas dieron respuestas afirmativas a la pregunta "¿Hay momentos en que te despiertas del sueño con pánico?" Luego se les preguntó específicamente sobre la duración de tales pánicos, la cantidad de sueño antes del inicio de los pánicos, la intensidad de los síntomas y las diferencias entre los pánicos nocturnos y diurnos. La mayoría de los pánicos nocturnos ocurrieron dentro de 1 a 4 horas del inicio del sueño (especialmente entre la segunda y la tercera hora), el tiempo durante el cual el sueño de ondas lentas es más frecuente. Este es el mismo marco de tiempo informado por Taylor et al. (1986).

De los 41 pacientes con pánico nocturno que evaluamos (Barlow y Craske, 1988b), el 43 % informó que el primer síntoma que notó al despertar fue cognitivo (p. ej., miedo a perder el control, morir o volverse loco), mientras que el 57 % informó que su primer síntoma al despertar fue somático (p. ej., un corazón acelerado). Con respecto a la severidad de los síntomas, el 54% informó que sus pánicos nocturnos eran más severos que sus pánicos diurnos, el 25% dijo que eran menos severos y el 21% dijo que eran de igual severidad. En cuanto a la frecuencia de los síntomas, el 46% informó que experimentó más síntomas durante el pánico nocturno que durante el día, el 21% informó menos síntomas durante la noche y el 33% dijo que hubo igual número de síntomas. El pánico nocturno duró un promedio de 24,6 minutos, con un rango de 1 a 180 minutos.

Desde este primer estudio, se han recopilado datos adicionales sobre la naturaleza de los ataques de pánico nocturnos, principalmente por Michelle Craske y sus colegas (Craske & Rowe, 1997b; Craske, 1999). Ahora sabemos por estudios de laboratorio del sueño que los pánicos nocturnos tienden a ocurrir en el sueño sin movimientos oculares rápidos (no REM). Específicamente, los pánicos nocturnos ocurren con mayor frecuencia durante la transición al sueño de ondas lentas (entre el sueño tardío de la etapa 2 y el temprano de la etapa 3) (Hauri, Friedman y Ravaris, 1989; Craske y Rowe, 1997b). De acuerdo con nuestro estudio inicial

(Craske & Barlow, 1989), aproximadamente el 50% (44-71%) de los pacientes con trastorno de pánico informan haber experimentado ataques de pánico nocturnos al menos una vez (p. ej.,

Uhde, 1994; Craske, 1999), y 18 –45% de las personas con trastorno de pánico experimentan pánico nocturno